

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
CONSTIPATION CHRONIQUE
PAR LA MÉTHODE CONSERVATRICE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} Décembre 1922

PAR

Marie-Jean-Aymery DUSAULT

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Né à Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure), le 1^{er} Décembre 1893

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur		
		DUVERGEY, agrégé		
		PAPIN, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548608_0031

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
CONSTIPATION CHRONIQUE
PAR LA MÉTHODE CONSERVATRICE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4^{er} Décembre 1922

PAR

Marie-Jean-Aymery DUSAULT

Médecin de 2^e classe auxiliaire de la Marine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Né à Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure), le 1^{er} Décembre 1893

Examineurs de la Thèse { MM. BÉGOUIN, professeur, *Président*.
POUSSON, professeur } *Juges*.
DUVERGEY, agrégé
PAPIN, agrégé }

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDERODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		MM. ROCHER.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1873, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Paul Du Sault

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ET DE L'ORDRE DU MEDJIDIÉ
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE DE CRIMÉE

ET

DE MON PÈRE

Le Docteur Emile Du Sault

ANCIENS MÉDECINS DE LA MARINE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

Le Capitaine Charles Moreau

du 4^{me} Rég^t de Tirailleurs Algériens

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
CHEVALIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CHEVALIER DU MÉRITE AGRICOLE
CHEVALIER DU NICHAN IFTIKAR
MÉDAILLE COLONIALE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA FEMME — A MON FILS

A MA SŒUR — A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur E. Labadens

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

En souvenir de mon Père.

A Monsieur le Docteur Bellot

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES CHEFS

A MES CAMARADES DE LA MARINE

A Monsieur le Docteur J. Rudelle

ANCIEN INTERNE EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

*En reconnaissance de son amitié
et de sa collaboration à cet ouvrage.*

A MES MAITRES

A Monsieur le Docteur Bégouin

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

PRÉFACE

Le traitement chirurgical de la stase intestinale chronique est une question tout à fait à l'ordre du jour de la chirurgie moderne. Son histoire remonte déjà à une vingtaine d'années, et de nombreux chirurgiens et maîtres des plus éminents ont déjà essayé et décrit les différentes méthodes de ce traitement. Aussi n'avons-nous pas la prétention de faire ici une œuvre toute originale et inédite.

Le titre de *contribution* à l'étude du traitement chirurgical de la constipation chronique indique quel est notre but.

Il tend uniquement à vulgariser le mode de diagnostic de la S. I. C. (1) par la radioscopie et à prouver quels excellents résultats on peut obtenir par la méthode conservatrice, qui fait de ces interventions des opérations peu dangereuses et très efficaces.

A M. le Docteur Jean Rudelle, d'Agen, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous communiquer les très intéressantes observations en faveur de cette méthode conservatrice, nous offrons respectueusement l'expression de notre très profonde et très vive reconnaissance.

J. DU SAULT.

(1) S. I. C. : Stase intestinale chronique.

INTRODUCTION

Notions Générales

La constipation chronique est une affection particulièrement répandue chez les races civilisées, chez les individus sédentaires, plus que chez les personnes vouées à une existence active, et surtout fréquente chez les femmes.

Est-ce là un méfait de la civilisation ? Pour une grande part, peut-être, mais pas uniquement.

Sir W. Arbuthnot Lane, auteur d'ouvrages magistraux sur la *stase intestinale chronique*, accuse en particulier la station verticale d'être, dans l'espèce humaine, la cause de la chute des viscères abdominaux, origine de cette affection, car, l'homme primitif étant fait pour marcher à quatre pattes, ou tout au moins le corps très incliné en avant, cette position serait la seule idéale pour la suspension uniformément répartie de ses organes dans l'abdomen.

On pourra objecter que, depuis que l'homme est bipède, tous les individus ne sont pas des ptosés, et que ces derniers sont même l'exception.

Néanmoins, on ne doit pas rejeter l'influence exercée par la civilisation sur l'origine de la constipation.

Mais il faut surtout l'accuser du manque d'hygiène et

de plein air, cause de la faiblesse physique trop fréquente chez les civilisés, et du défaut de la tonicité musculaire, qui donne à l'homme robuste une paroi intestinale active, une sangle abdominale bien musclée, soutenant puissamment son intestin et l'empêchant ainsi de se ptoser.

Chez les femmes, le port d'un corset défectueux comprimant et abaissant ses viscères, les grossesses dilatant et affaiblissant sa paroi abdominale, seraient des facteurs importants de l'étiologie de la stase intestinale chronique.

La Pudeur, fille de la civilisation, est largement responsable aussi de la mauvaise éducation de l'intestin. Le citadin ne peut guère satisfaire la nature où et quand bon lui semble : il attendra de pouvoir s'isoler dans un appartement spécial à cet usage et, réfrénant ses besoins, il émousse la sensibilité de son rectum au réflexe de la défécation ; son côlon, progressivement dilaté, perd sa tonicité, et, peu à peu, la constipation habituelle s'établit.

Combien de jeunes collégiens, rebutés par la saleté des latrines de l'école, ou préférant jouer plutôt que d'attendre que les cabinets soient libres, restent une semaine entière sans aller à la selle.

Mais, parmi ces constipés, hypotoniques ou gens débiles, il en est toute une catégorie dont la constipation est restée rebelle à tout traitement médical : laxatifs, lubrifiants, physiothérapie, hygiène, gymnastique rationnelle, électro et hydrothérapie, rééducation intestinale, rien n'a pu les guérir.

Intoxiqués par la stagnation de leurs matières fécales dans l'intestin, déprimés physiquement et moralement, neurasthéniques obsédés par leurs souffrances, ce sont des malheureux qui cherchent avidement le médecin qui, en les guérissant, les libérera de l'esclavage des purgatifs et des clystères.

Les progrès de la radiologie nous ont permis de déceler la cause de leur mal : membranes et brides péritonéales,

étranglant, coudant et fixant en position vicieuse leur gros intestin, forment ainsi autant d'obstacles à la progression des matières fécales et ont créé la stase intestinale chronique. Ces malades peuvent être guéris chirurgicalement. Diverses méthodes ont été employées : dérivations, colectomies partielles ou totales, colopexies, section des brides et adhérences.

Nous exposerons plus loin les indications, les avantages et les inconvénients de ces opérations.

Mais le but de notre thèse est de prouver les grands avantages de la méthode conservatrice, en nous basant sur les résultats prouvés par de nombreuses observations dues à l'obligeance de M. Rudelle, qui a bien voulu nous les communiquer.

Lorsque le gros intestin est coudé, étranglé par des brides ou membranes formant obstacle à la circulation des fèces, n'est-il pas plus rationnel de chercher à le libérer, chaque fois que cela est possible, plutôt que de supprimer un organe très utile à l'économie de nos fonctions digestives.

La colectomie est une opération toujours mutilante, qui, en guérissant le malade de sa constipation, risque de lui occasionner la diarrhée, inconvénient contraire aussi redoutable.

Enfin, la mortalité, peu élevée sans doute, grâce à l'habileté de nos chirurgiens, est cependant assez importante pour n'être pas négligeable et doit ne faire recourir à la colectomie que lorsque les parois propres de l'intestin sont irréparablement lésées, au point d'indiquer formellement cette opération.

Les dérivations, solution intermédiaire, ont l'inconvénient d'exposer le malade au reflux des matières et des gaz, dans le cul-de-sac ainsi formé. Il se crée une nouvelle stase cœco-ascendante ou de tout le côlon, rendant ainsi la colectomie indispensable.

Les cœco et colopexies, excellentes en principe, mais souvent difficiles à réaliser en raison de la longueur du segment à fixer sur un espace trop réduit, sont très discutées par bien des chirurgiens éminents.

Les sutures faites sur une paroi cœco-colique trop fragile cèdent souvent, et le cœco-côlon redevient libre dans la cavité abdominale. Cependant, les fixations ont leurs indications très précises dans les cas de cœcum mobile et très dilaté. Dans ces cas, après la libération des brides de péricolite, la cœcopicature et la cœco-colopexie jusqu'à l'angle hépatique avec des fils de lin non résorbables donnent de très bons résultats. Mais la cœcoplexie du transverse, en raison de la longueur de ce segment de côlon, n'est pas à tenter.

Sans condamner toutefois avec intransigeance les diverses méthodes de colectomies ou de dérivations, qui ont parfois leurs indications absolues, on ne doit les employer qu'avec une circonspection extrême et recourir de préférence à la simple libération du gros intestin dans la cavité abdominale avec ou sans pexie.

Dans l'immense majorité des cas, le gros intestin ptosé, dilaté, reprend rapidement sa tonicité normale, souvent même sous les yeux de l'opérateur, et promptement au cours de la convalescence, avec l'aide d'un petit traitement médical, le cours des matières se rétablit avec une régularité étonnante.

Donc, à moins de lésions grossières évidentes de la paroi intestinale, il est préférable de pratiquer la simple libération des anses du gros intestin ; on est toujours à temps de pratiquer l'opération de la dérivation ou de la colectomie si la première a échoué, ce qui, je le répète, est extrêmement rare.

Les observations que nous publions à la fin de cet ouvrage seront l'argument le plus éloquent en faveur de cette méthode.

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de la constipation chronique est de date assez récente dans l'histoire des maladies du gros intestin.

En 1901, Mansell Moulin faisait connaître à la Medical Society, à Londres, le résultat de la première iléo-sigmoïdostomie pour constipation chronique et rebelle.

Vers la même époque, Sir W. Arbuthnot Lane publie ses premiers articles sur la stase intestinale chronique, et, depuis lors, il ne cesse pas de mettre au point cette étude. Avec l'aide de M. Jordan, radiographe du Guy's Hospital, il démontre que cette stase intestinale chronique est due à des obstacles mécaniques. Il décrit de façon magistrale ces brides, adhérences étranglant le calibre intestinal, le couplant et s'opposant au transit des matières. Bientôt, la stase intestinale chronique est couramment appelée maladie de Lane.

Franke et de Quervain, en 1902 et 1903, publient chacun une iléo-sigmoïdostomie pour constipation.

En Allemagne, Hausmann, en 1906, et Wilms, en 1908, Stierlin, en 1910-1911, attribuent à la mobilité anormale du cœcum la cause principale de la S. I. C.

Fischler émet, en 1909-11, la théorie de la typhlologie. Klose, en 1909-10-11, décrit la torsion habituelle du cœcum, et Hofmeister, en 1911, s'occupe de la S. I. C. sous le nom de la pérityphlite.

En Amérique, Clark, Ch. H. Mayo, Gregory-Connel, Grossen, Rockey, E. A. Hall confirment par leurs travaux les théories et les méthodes chirurgicales de Lane.

Jackson décrit ce voile péricolique, qui prend le nom de membrane de Jackson. En France, Terrier publie une observation de S. I. C. en 1902. En 1910, Morestin fait une communication à la Société de Chirurgie. Lejars écrit plusieurs articles dans la *Semaine Médicale*. MM. Mathieu et J. Ch. Roux dans leur traité de Pathologie gastro-intestinale étudient la S. I. C. et les fausses diarrhées consécutives.

En 1912 et 1913, les idées de Sir W. A. Lane commencent à être très répandues à l'étranger, et en France M. V. Pauchet, d'Amiens, s'occupe activement de la question; il recueille de nombreuses observations de malades guéris par lui par intervention chirurgicale.

En 1913, M. Hartman fait une communication sur la typhlo-sigmoïdostomie en Y préconisée par MM. Lardennois et Okinczyc.

En 1914, paraît la thèse de Sorrel sur la S. I. C., dans laquelle sont rassemblées toutes les théories, toutes les méthodes de traitement chirurgical relatives à la S. I. C.

En Allemagne, Wilms est promoteur de la cœcopexie, qui lui donne de bons résultats: sur 43 malades, 75 p. 100 de guérisons; 16 p. 100 d'améliorations; 9 p. 100 sans changements.

Klose obtient par le même procédé des résultats meilleurs: 89 p. 100 de guérisons; 3 p. 100 encore constipés; 8 p. 100 de cas où persistent les troubles nerveux, mais sans crises douloureuses.

Lane préconise la simple libération des brides, surtout

la bride iléo-cœcale, réservant l'iléo-rectostomie pour les cas complexes.

Hofmeister de même préconise la simple libération.

Pendant longtemps, il semble qu'en France on soit moins partisan de la méthode conservatrice proprement dite, c'est-à-dire celle où le trajet du gros intestin est respecté sur toute sa longueur.

Dans la plupart des cas les chirurgiens ont recours à l'iléo-sigmoïdostomie, à l'iléo-transversotomie, avec ou sans colectomie.

Cependant, depuis 1914, un mouvement se dessine en faveur des idées de Lane, Hofmeister et Jackson.

En Amérique, Yeomans et Keefe démontrent les avantages de la chirurgie conservatrice dans les cas de S. I. C.

En France, Duval, Grégoire, Charles Roux, Pauchet d'Amiens, préconisent l'ablation des brides et de la membrane péricolique, avec ou sans colopexie, ne réservant les court-circuits et les colectomies que pour les cas graves.

Okinczyc s'élève contre l'abus des colectomies, alors que dans la plupart des cas, la section des brides, le décollement des fascias et la fixation du côlon en bonne place peuvent suffire. Les indications d'une colectomie totale sont pour lui exceptionnelles.

Tout récemment, MM. Thierry de Martel et Antoine font paraître sous le titre : *Les fausses appendicites* une étude clinique, radiologique et thérapeutique des syndrômes douloureux du cœcum et du côlon proximal.

Enfin, depuis quelques années, M. Rudelle d'Agen pratique systématiquement avec d'excellents résultats la simple libération des brides et adhérences avec ou sans pexie, après étude du malade par la radiologie, seule manière de déceler avec précision les lésions que l'on va trouver lors de l'intervention : on peut ainsi opérer à coup sûr, en mettant de son côté le maximum de chances de succès.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes présentés par les malades atteints de stase intestinale chronique sont de deux ordres :

1° LES TROUBLES DIRECTS : douleur, constipation, troubles des fonctions digestives ;

2° LES TROUBLES INDIRECTS, dus au retentissement sur l'état général de la résorption des produits toxiques élaborés en raison de la stase chronique.

La stase intestinale chronique peut revêtir différents degrés de gravité, et des aspects un peu différents suivant sa localisation chez le malade.

Les formes légères n'intéressent guère le chirurgien, car elles cèdent au traitement médical et ne justifient pas la nécessité d'une intervention.

Nous ne les étudierons donc pas spécialement, nous prendrons un cas moyen, pour l'étude générale des symptômes; puis les différents types cliniques observés suivant la localisation des obstacles, enfin dans un dernier paragraphe nous étudierons les formes aggravées, et leurs complications.

Type classique moyen de stase intestinale chronique.

En général, les malades de cette catégorie viennent con-

sulter le médecin, non pas pour la constipation, car ils y sont habitués au point de la trouver normale : au moyen de laxatifs ou de lavements ils arrivent à la combattre d'une manière, pour eux, satisfaisante; mais c'est parce qu'ils *souffrent*, et qu'ils veulent savoir pourquoi, que le praticien est appelé à donner son avis.

Douleur. — Cette douleur abdominale n'est pas constante comme intensité, et son siège peut être différent suivant la localisation des lésions.

Généralement sourde, c'est plutôt une sensation de pesanteur, de tiraillement, de gonflement, sujette à des crises d'exacerbation. Ces crises provoquées par des coliques ventreuses surviennent à intervalles plus ou moins longs, huit ou quinze jours, parfois plus rarement, après un repas trop abondant, au cours de la digestion, à l'occasion d'une marche trop rapide, ou d'un exercice violent.

Le malade ressent alors une impression de ballonnement, de distension, de torsion douloureuse comme si son intestin gonflé à bloc ne pouvait se vider.

Ces douleurs violentes dans la station verticale s'atténuent par le décubitus dorsal, latéral gauche, ou ventral.

La position génu-pectorale est encore préférable, et peut souvent amener la fin des coliques.

Il se produit tout à coup des gargouillements abdominaux ; des gaz circulent avec bruit du flanc droit vers le flanc gauche et de là vers le rectum.

Simultanément la douleur s'apaise et la crise se termine par une abondante émission de gaz par l'anوس suivie de peu par une débâcle de selles.

Après ces crises, le malade ne ressent plus qu'une douleur très atténuée dans la région cœcale, ou sur le trajet du côlon, suivant les localisations que nous étudierons avec les différents types cliniques.

Constipation. — La constipation est un symptôme essentiel et constant qui sera révélé par l'interrogatoire et l'examen serrés du malade.

Elle est opiniâtre, résistant au traitement médical, qui, s'il peut l'améliorer temporairement ne réussit point à la guérir.

C'est ce caractère qui doit faire soupçonner l'existence d'un obstacle mécanique.

Les malades restent facilement trois, quatre et cinq jours sans aller à la selle ; dans les formes graves la constipation peut être encore plus absolue, Sir W. A. Lane cite une malade qui, plusieurs fois, malgré un traitement médical très actif, resta vingt-huit jours sans aller à la selle.

La défécation est rarement spontanée, et pour la provoquer, le malade a recours aux lavements, aux laxatifs ou aux purgations. Elle n'est en général qu'un débordement ; le trop plein seul du gros intestin est évacué et la stase persiste en grande partie.

La présence de cette masse de matières, durcies par déshydratation progressive, véritable calcul fécal, peut irriter la muqueuse colique et provoquer une hyper-sécrétion se traduisant par de la diarrhée.

Il peut se produire ainsi de véritables débâcles en bloc, fausses diarrhées par constipation, que MM. Thierry de Martel et Antoine disent être caractéristiques de l'état de la muqueuse.

Si la muqueuse est intacte, elle sécrète abondamment des ferments digestifs, et les selles se trouvent alors pâteuses, jaunes, aérées, mousseuses, acides, d'odeur aigrelette et présentent à l'examen bactériologique une faune riche en colibacilles.

Si la muqueuse est altérée, elle réagit moins au point de vue digestif, et laisse par congestion transsuder des glaires

séro-albumineuses, qui n'arrivent pas à dissoudre, diluer le bloc fécal.

Les selles sont alors non homogènes, grumeleuses, glaireuses, brun foncé, avec des blocs de matières solides, parfois extrêmement durs. Leur odeur est fétide en raison de leur richesse en acides gras volatils, et en produits ammoniacaux.

Les phénomènes généraux d'auto-intoxication ne sont très marqués que dans les formes graves de stase intestinale chronique avec lesquelles nous les étudierons.

Dans les formes moyennes ils sont moins nets :

La langue est presque toujours saburrale, l'haleine fétide, par tous les ferments et produits toxiques élaborés ou non éliminés de l'organisme par le gros intestin, et qui sont en partie éliminés par la respiration. L'appétit est plus ou moins altéré, irrégulier. Les symptômes gastriques d'hypo ou d'hyper-chlorhydrie sont presque constants. L'amaigrissement est fréquent ainsi que l'anémie, l'asthénie et l'apathie musculaire, qui font que ces malades répugnent à un travail pénible et soutenu.

La constipation chronique prédispose à l'arthritisme : migraines, douleurs articulaires, névralgies, rhumatismes articulaires se rencontrent souvent chez les individus ptosés.

La peau présente une pigmentation spéciale, le teint est brun, particulièrement au niveau des plis inguinaux, axillaires, dans les régions génitales, etc.

Les cheveux sont plus ou moins clairsemés, et la calvitie arrive précocement.

Tels sont les symptômes les plus apparents dans les cas de gravité moyenne.

Nous verrons que dans les formes graves, une foule d'autres symptômes, qui, dans les cas présents, peuvent passer inaperçus, décèlent le rententissement profond de l'auto-intoxication de l'organisme, et de tous les organes

en particulier. Mais avant d'étudier les formes aggravées de la S. I. C., afin de préciser les symptômes que nous venons de voir d'une façon générale, il est nécessaire de passer en revue les différents types cliniques suivant le siège des lésions.

En raison de la fluidité des produits de la digestion dans l'intestin grêle, la stase dans sa portion initiale est extrêmement rare. Ce n'est guère qu'à la partie terminale de l'iléon que nous pouvons rencontrer les premiers obstacles créant la stase.

Stase par coudure iléale. — La lésion la plus fréquente amenant la coudure de la portion dystale de l'iléon consiste en une bride conjonctive, dont l'origine est soit embryologique, soit consécutive à une périviscérite du carrefour iléo-cœcal.

La masse du cœcum entraînant l'extrémité de l'iléon vers le bas, alors qu'à quelques centimètres de là, l'intestin grêle est tiré vers le haut par des tractus conjonctifs, forme sur cet iléon une courbure aiguë décrite par Sir W. A. Lane et dénommée *Lane's Kink*; il se forme à l'endroit où siège cette coudure une sorte de barrage, cause de la stase iléale.

Cette stase iléale présente les caractères ordinaires, douleur et constipation, puis les phénomènes d'auto-intoxication. Mais à côté de ces symptômes généraux, il y a des phénomènes gastriques presque constants, que les praticiens nomment souvent *indigestion*. Ces symptômes sont surtout ceux de l'hyper-chlorhydrie, vomissements alimentaires ou bilieux, sensation de douleur et de pesanteur au creux épigastrique.

Le diagnostic clinique différentiel avec l'ulcère gastrique ou duodénal qui d'ailleurs se rencontrent souvent au cours de cette stase, est assez difficile, et seule la radiologie permet de le préciser.

La palpation et la percussion révèlent la masse du grêle dilaté, météorisé, douloureux à la pression.

Stase cœco-ascendante. — Cette stase se produit dans les cas de cœcum mobile, ou atone, et principalement lorsqu'une membrane de Jackson, ou des brides péritonéales viennent rétrécir, étrangler son calibre. Généralement, on trouve à la radiographie un obstacle à l'angle hépatique, soit simple bride de suspension, coudant et rétrécissant le côlon à cet endroit, soit une périviscérite cicatricielle maintenant accolées en canons de fusil la branche ascendante de côlon, et une partie du transverse correspondant à cet angle hépatique.

Dans ce cas, la douleur siège principalement dans la fosse iliaque droite, et présente les caractères que nous avons étudiés dans la symptomatologie générale. Cette douleur, qui donne au malade une impression de pesanteur, de distension, est sujette à s'exacerber dans les crises de coliques sub-fébriles. Dans les cas où la ptose est peu marquée, où la musculature du cœco-côlon est encore en bon état, les accidents sont moins nets et se bornent à cette gêne pesante qui dure un quart d'heure ou une demi-heure après les repas. Le cœco-côlon ascendant est le siège de borborygmes dus au dégagement des gaz dans la masse des matières stagnant dans le cœcum.

De simples mouvements de la paroi abdominale, le relâchement de la ceinture ou du corset suffisent parfois à amener la fin de ce malaise.

Dans les cas plus accentués, la rétention cœcale est permanente et se manifeste par la pesanteur et des tiraillements dans la fosse iliaque. La palpation de la région cœcale provoque une impression de tension douloureuse dans le voisinage du point de Mac Barney.

C'est ce qui fait que si souvent on pose le diagnostic d'appendicite chronique, alors que l'appendice est parfaitement sain et que tous ces phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite sont dus uniquement à la rétention cœcale.

Lardennois formule la règle suivante pour poser le diagnostic de stase cœcale :

« Lorsqu'on refoule vers le cœcum le contenu du côlon transverse et du côlon ascendant, on provoque une douleur dans la région pelvienne droite ; lorsqu'on refoule de bas en haut le contenu du cœcum prolabé vers le côlon, sans violence, on s'y reprenant à plusieurs fois, la douleur disparaît. »

La constipation est la règle, mais les selles sont mélangées de mucus et de fausses membranes. On peut avoir les crises de fausses diarrhées dont nous avons parlé dans la symptomatologie générale. De temps à autre peuvent apparaître les crises douloureuses de coliques. Après un repas, soit en raison de son abondance anormale, soit en raison d'exercices violents, marche, course, voyage en véhicule trop violemment secoué, apparaissent les phénomènes douloureux.

D'abord simple impression de pesanteur, la douleur, sourde, avec tiraillements dans la région lombaire, se précise et devient une impression de ballonnement, de distension de plus en plus violente, s'irradiant depuis la région pubienne jusqu'au niveau de la vésicule biliaire et de l'angle hépatique. Le malade a la sensation que son intestin est distendu par des gaz qui ne peuvent pas passer, ce qui est l'exacte vérité.

Le décubitus latéral droit est pénible alors que la douleur est apaisée par le décubitus latéral gauche, le décubitus ventral et mieux encore, par la position gènu-pectorale qui supprime la traction du cœco-côlon ascendant sur ses ligaments suspenseurs de l'angle hépatique. Cette position diminue ainsi l'étranglement qui se produisait par simple action de la pesanteur, et crée une pente naturelle pour le transit des matières vers le côlon transverse.

La palpation du cœcum révèle sa masse dilatée, molle, fluctuante comme une vessie pleine d'eau. La percussion

donne un timbre submat pendant les coliques, sonore vers la fin de la crise.

A ce moment se produisent des gargouillements indiquant le dégagement des gaz vers le transverse; simultanément les douleurs s'apaisent. La fin de la crise peut être accélérée par une pression progressive et soutenue de bas en haut sur la région cœcale. Elle provoque des gargouillements, et tout se termine par une abondante émission de gaz par l'anus, et par une débâcle diarrhéique. Pendant ces crises de coliques, la température peut s'élever légèrement de quelques dixièmes de degré, et le pouls peut être un peu accéléré.

La maladie évolue ainsi lentement sans grand fracas, coupée de temps à autre par des crises douloureuses. Mais dans la stase cœcale, l'absorption des produits toxiques est, en raison de la fluidité relative des matières stercorales, beaucoup plus active que dans la stase localisée seulement à la portion gauche du gros intestin, où les matières, plus solidifiées, se prêtent moins à la résorption des toxines, et arrivent par elles-mêmes à se stériliser peu à peu.

C'est pourquoi dans cette stase, l'intoxication se fait plus sentir sur l'état général.

La santé s'altère peu à peu : amaigrissement, inappétence, céphalées, névralgies, asthénie et parfois neurasthénie, fatigue constante, sont les symptômes les plus fréquents qui mettent ces malades en état d'infériorité sociale.

Stase en arrière de l'angle splénique. — Les symptômes sont toujours à peu près les mêmes : constipation avec crises de diarrhée symptomatique des lésions de colite.

De temps à autre surviennent des crises de coliques comme dans les cas précédents.

Mais la douleur siège à gauche au niveau de la rate, et, selon Reynier, au niveau de la 8^e ou 9^e côte.

La douleur au moment des crises de coliques peut se

rencontrer sur tout le trajet du côlon transverse, depuis l'angle hépatique jusqu'à l'angle splénique, en passant par la région ombilicale. Les symptômes gastriques sont souvent nets : douleur, vomissements, qui, d'après Pauchet, seraient dus à la traction du transverse plosé sur la grande courbure de l'estomac. Au cours des crises, le côlon transverse et le cœcum sont parfois dilatés au point que leur distension soit manifeste à la vue et à la palpation qui est douloureuse. Ces crises se terminent comme dans les cas précédents par une évacuation abondante de gaz et de matières.

Cette forme de stase favorise particulièrement les crises d'occlusion vraie.

Stase en arrière d'un obstacle sigmoïdien. — Dans ce type de stase, la douleur siège à gauche dans la fosse iliaque, et en arrière du pubis. Elle présente les mêmes caractères que la douleur dans les cas de stase cœco-ascendante et transverse : elle est sujette à des exacerbations au moment des crises de coliques. Le malade a nettement l'impression que cette douleur est produite par des gaz luttant contre un obstacle : l'émission de gaz et de matières calme cette douleur.

La constipation est des plus opiniâtres. C'est dans ce cas qu'on signale les plus longues rétentions stercorales. Les matières fécales en se durcissant arrivent à former de véritables stercoromes dont l'expulsion devient de plus en plus difficile. Sorrel cite le cas d'un malade qui, une fois, resta vingt-quatre jours sans aller à la selle.

Mais, par contre, les phénomènes d'auto-intoxication, comme nous l'avons dit précédemment, sont moins marqués que dans la stase cœcale, et peuvent faire complètement défaut.

Souvent les malades conservent l'appétit, n'ont pas de troubles d'indigestion, bref, gardent une santé parfaite.

Ce qui fait le danger de cette affection, c'est la facilité avec laquelle peut se produire le volvulus. La longueur et la mobilité relative des anses sigmoïdiennes sont des facteurs importants dans l'étiologie de cet accident.

Stase généralisée à tout le gros intestin. — Cette stase peut être provoquée soit par des obstacles siégeant au niveau du sigmoïde, soit par des obstacles multiples disséminés sur tout le trajet du gros intestin. Les symptômes sont ceux que nous avons déjà vus dans les différentes localisations de la stase. On peut les retrouver tous, ou quelques-uns seulement, suivant la localisation des lésions les plus importantes.

La douleur est toujours le caractère principal de la stase. Son intensité est sujette aux variations que nous connaissons déjà. Sa localisation dépend du maximum des lésions, avec lequel elle est en rapport assez étroit pour être une indication précise au point où devra se porter l'intervention.

La douleur peut siéger dans la fosse iliaque droite dans les cas où la stase cœcale domine, et peut alors faire penser à l'appendicite chronique. La traction exercée par le cœcum et le côlon ascendant alourdi par les matières, peut provoquer de la douleur dans la région sous-hépatique, au niveau de la 12^e côte, avec irradiation dans le territoire des nerfs abdomino-génitaux. Cette douleur nette dans la station verticale est calmée par le décubitus. Lane indique que dans cette position le passage des matières se fait beaucoup mieux, et il explique ainsi la fréquence de la selle matinale chez ces malades. La localisation en haut et à droite de la douleur explique les erreurs fréquentes avec les coliques hépatiques ou néphrétiques.

Dans le cas où le cœcum descend dans le petit bassin, la douleur siège au niveau du sacrum et de l'articulation sacro-iliaque. Elle est exagérée par la défécation et par le décubitus latéral droit.

La douleur peut aussi siéger sur le côlon transverse et particulièrement au niveau de l'angle splénique, à la hauteur des deux ou trois dernières côtes ; de même que dans le cas précédent elle est exagérée par la station debout, et calmée plus ou moins par le décubitus.

Enfin, lorsque la lésion principale se trouve au niveau du sigmoïde, la douleur siège dans la fosse iliaque gauche, et en arrière du pubis. La défécation et la palpation profonde exagèrent cette douleur.

La constipation est un symptôme qui ne manque jamais, mais qui peut être masqué par les fausses diarrhées par colite. Nous avons déjà vu dans l'étude générale des symptômes de la S. I. C. quels étaient les caractères de cette constipation, et comment l'état des selles pouvait nous renseigner sur l'état de la muqueuse du gros intestin. Il est donc inutile d'y revenir.

Les signes d'intoxication sont plus ou moins marqués, mais on note presque toujours l'amaigrissement, les migraines, l'apathie et la pigmentation un peu foncée de la peau. Les crises nauséuses sont fréquentes, suivies ou non d'efforts de vomissement ou de vomissements véritables, alimentaires ou bilieux. L'haleine est fétide, et la carie dentaire fréquente, par défaut de nutrition.

De temps à autre surviennent les crises douloureuses d'occlusion ou de sub-occlusion intestinale, avec ballonnement, météorisme. Elles se terminent toujours par l'émission des gaz et des matières qui occasionnaient par leur rétention ces coliques violentes.

Formes graves de S. I. C.

Nous avons étudié jusqu'ici les types les plus fréquents de S. I. C., c'est-à-dire ceux de gravité moyenne. Mais il existe des formes aggravées qui, par leur retentissement profond sur l'état général, et par les complications médica-

les ou chirurgicales qui peuvent s'en suivre, nécessitent de la part du praticien une prompte décision.

Les symptômes de ces formes graves sont ceux des formes moyennes, mais plus accentuées, et c'est surtout les phénomènes généraux d'auto-intoxication qui sont pour le médecin le meilleur indice de la gravité de l'état du malade. La douleur est plus vive, avec des crises paroxystiques plus fréquentes; ces crises peuvent prendre l'aspect de véritables crises d'occlusion intestinale. Le malade ressent une douleur violente au point où siège l'obstacle. Le gros intestin est distendu, gonflé, ballonné comme s'il allait éclater. Il semble que rien de son contenu ne puisse passer, et la douleur donne une sensation de torsion intolérable. Pendant ces crises le pouls s'accélère, devient petit, filant, avec tendance à la syncope. La température peut s'élever de plusieurs dixièmes de degrés, le malade est couvert de sueur, son faciès est tiré, anxieux et la crise dure ainsi jusqu'à ce que gaz et matières ayant réussi à forcer l'obstacle, la douleur s'atténue et tout rentre dans l'ordre.

Dans l'intervalle de ces crises qui peuvent être très fréquentes, la constipation est opiniâtre. Il se forme par déshydratation un véritable bloc fécal, dans le segment où se fait la stase. Cet amas, par sa présence même et par la pullulation des microbes qu'il contient, peut provoquer des lésions de colite, parfois même de péricolite; l'hypersécrétion de la muqueuse intestinale désagrège peu à peu cette colonne stercorale par son extrémité terminale, mais comme l'apport incessant de nouvelles matières vient la reformer à son origine, il s'en suit que l'intestin reste toujours encombré, et ce bloc fécal n'arrive pas à s'évacuer. Il progresse lentement, se désagrègeant à sa base, et se reconstituant sans cesse à son origine, à la manière d'un glacier dont il a la lenteur de progression, mais non l'asepsie.

Il se crée là, en effet, un véritable foyer d'infection. Les déchets toxiques de la nutrition, les toxines microbien-

nes, et les microbes eux-mêmes sont réabsorbés et passent dans la circulation générale au lieu d'être éliminés. On s'explique ainsi la fréquence des septicémies colibacillaires dans la stercorémie, et le mauvais état de tous les organes plus ou moins touchés par ces toxines.

L'amaigrissement du sujet peut devenir extrême, et tourner à la véritable cachexie.

L'anémie, l'asthénie, l'apathie musculaire, rendant ces malades incapables du moindre effort, tant physique qu'intellectuel.

Cet état de dépression physique et nerveuse les mène à la neurasthénie. Leur mal devient pour eux une véritable obsession qui les fait courir d'un médecin à l'autre, en quête d'un soulagement. On a même cité quelques malheureux que cette misère physiologique avait poussés au suicide.

Les troubles nerveux, céphalées, névralgies, cauchemars, hypochondrie, les font sans cesse revenir à leur obsession, et l'on s'explique ainsi combien elle peut devenir puissante. L'altération de la santé est telle que ces malades portent sur leur visage l'empreinte de leur mal. La peau présente cette pigmentation brunâtre, caractéristique, dont nous avons parlé au sujet des formes de gravité moyenne. Il est vraisemblable que cette teinte est due à l'altération du foie et des glandes surrénales par les toxines stercorales.

Les sujets atteints de S. I. C. grave prennent une apparence de sénilité précoce : leur peau devient sèche, écailleuse, et se plisse en raison de son manque de souplesse. Les cheveux s'éclaircissent et la calvitie survient rapidement. Les poils et les cheveux, mal nourris, deviennent grisonnants. La dentition est altérée par la carie, ce qui contribue encore à la fétidité de l'haleine.

Les troubles circulatoires se traduisent par le froid aux mains et aux pieds, qui sont cyanosés et moites. La tension

vasculaire est abaissée d'une part par l'atonie des parois vasculaires, d'autre part par la faiblesse du myocarde intoxiqué par la stercorémie.

La respiration peut être gênée par la masse intestinale dilatée, qui restreint les mouvements du diaphragme. La respiration est courte, la poitrine étroite. Est-ce là une conséquence de la misère physique créée par la constipation, ou un symptôme de la faiblesse générale qui a permis à celle-ci de s'établir par manque de tonicité, de soutien, des organes abdominaux ? Nous ne saurions le préciser, mais ce sera une indication pour ne pas négliger la physiothérapie et la culture physique si utiles pour lutter contre la S. I. C., avant, comme après le traitement chirurgical.

Les organes glandulaires participent aussi à ces troubles de la stercorémie. Le foie est un des premiers organes touchés par les toxines réabsorbées au niveau du gros intestin, et rejetées dans la circulation générale par la voie portale.

Sa congestion, son hypertrophie, la teinte cholémique des tissus indiquent son état pathologique, très net souvent après les crises qui provoquent une sensibilité douloureuse de la région hépatique. Les crises de subictère sont fréquentes après les crises douloureuses de coliques par occlusion.

Les reins peuvent être atteints par l'intoxication et donner lieu à une albuminurie plus ou moins marquée.

Mais ils peuvent être touchés aussi, directement par l'infection coli-bacillaire consécutive à la stase intestinale chronique. La *pyélo-néphrite à colibacilles des constipés* se rencontre fréquemment, et se montre extrêmement rebelle tant que la cause initiale d'infection colibacillaire n'a pas été supprimée.

Les cystites, les prostatites, toutes les affections arthritiques et rhumatismales, gravelle, goutte, rhumatisme articulaire, l'artériosclérose et toutes les affections d'auto-

intoxication peuvent découler de cette toxémie chronique, de ce défaut de fonctionnement des organes d'élimination.

L'insuffisance thyroïdienne, et l'insuffisance surrénale, d'après Sir W. A. Lane, pourraient être la conséquence de la S. I. C. Il explique ainsi la pigmentation bronzée dans la S. I. C. par un syndrome d'insuffisance surrénale analogue à la maladie bronzée d'Adrison, et qui aurait son origine dans la toxémie stercorale.

Les seins subissent chez la femme des modifications analogues à la mastite chronique, et à la dégénérescence kystique, qui disparaissent lorsqu'elles ne sont pas trop avancées, à la suite de l'iléo-sigmoïdostomie. Ces lésions, d'après le même auteur prédisposent à l'évolution des néoplasmes.

Complications des formes graves de S. I. C. — Nous venons de voir les conséquences à type chronique de la S. I. C., nous aborderons donc les complications aiguës.

Colite muco-membraneuse. — Complication aiguë, des plus fréquentes. Le processus inflammatoire peut se propager à travers la paroi intestinale jusqu'au péritoine et à l'épiploon avec élévation thermique vespérale de 37°5 à 38°.

Polyadénopathies. Angiocholites cholécystites. Pyélonéphrites, etc. — Le passage dans la circulation générale de microbes à virulence exaltée dans la stase intestinale peut provoquer des inflammations ganglionnaires, des angiocholites, des cholécystites, et parfois de véritables septicémies à colibacilles dont nous avons parlé au sujet des pyélonéphrites.

Tuberculose. — L'anémie stercorémique résultant de la S. I. C. prédispose particulièrement les malades à l'évolution de la tuberculose, au point que Lane, dans ce cas, n'hésite pas à pratiquer l'iléo-rectostomie, pour permettre à l'organisme, en supprimant la cause d'intoxication, de mieux se défendre.

Occlusion intestinale aiguë. — C'est la complication la plus redoutable de la S. I. C.

Ses symptômes sont des plus alarmants.

Le malade ressent une douleur déchirante, exacerbée par les contractions intestinales. Parfois, après avoir évacué la partie inférieure de son gros intestin, par une selle ou deux, il présente de la constipation absolue, ne rendant ni matières ni gaz.

En même temps que l'abdomen se météorise, les vomissements apparaissent, d'abord alimentaires, puis biliaires, pour devenir rapidement fécaloïdes.

La prostration des forces est rapide, et le malade tombe en état de shock : faciès à type péritonéal, pouls petit, filant et rapide. La respiration est fréquente et légère, mais prenant parfois le type de Cheynes Stokes, à mesure que l'intoxication devient plus profonde.

La mort survient parfois par syncope, au cours de vomissements en moins de deux jours. Généralement, si on n'intervient pas, et s'il ne se produit pas de perforations ou de déchirures intestinales, elle ne survient par intoxication que du cinquième au dixième jour, selon la résistance du sujet.

Nous verrons au cours de l'étude anatomo-pathologique le mode de formation de cette occlusion.

Nous voyons donc que dans la stase intestinale chronique les symptômes sont très variés, et peuvent affecter des types cliniques différents. En raison de la diversité de ces symptômes, il est parfois très difficile d'établir le diagnostic différentiel de S. I. C. avec une foule d'autres affections.

Il est donc indispensable, dès que ce diagnostic clinique paraîtra à peu près élucidé, de recourir, pour le préciser, à l'étude radiologique systématique de l'abdomen, qui seule permettra d'en vérifier l'exactitude, d'établir nettement s'il

y a lieu ou non d'intervenir, et quelle sera l'intervention de choix.

Dans le cas où la radiographie ne révèle pas d'anomalies anatomiques nettes, on devra instituer un traitement médical d'épreuve très sévèrement mené, et qui en général, s'il n'amène pas la guérison, pourra améliorer temporairement, d'une façon considérable, l'état du malade.

En cas d'échec, on aura recours à l'intervention qui pourra révéler des lésions insuffisantes pour être visibles à l'écran, mais pouvant occasionner cependant la rétention des matières fécales.

ETUDE RADIOLOGIQUE

L'examen radioscopique des malades atteints de constipation chronique est le facteur le plus important dans l'établissement d'un diagnostic précis.

L'interprétation des images reçues à l'écran est assez délicate, et exige de la part du médecin une grande habitude de la radiologie. Aussi est-il nécessaire que le médecin et le radiographe agissent en étroite collaboration.

Cet examen a pour but de nous fixer sur la durée du transit des aliments dans le tube digestif, et de nous déceler le siège des lésions faisant obstacle à cette progression. Il faut pour cela préparer le malade un certain temps avant les épreuves d'examen.

Divers procédés sont employés avec succès, mais le plus simple et le meilleur nous semble être celui de M. ENRIQUEZ, que nous avons vu employer pour tous les malades cités dans nos observations.

Préparation du malade. — Si la constipation est très prononcée, il faut donner au malade un purgatif, l'avant-veille de l'examen. Si la constipation n'est que moyenne, il suffit de donner un lavement d'eau bouillie la veille au matin, et un autre à deux heures de l'après-midi, (pas plus

d'un demi-litre chaque fois, pour éviter la contracture spasmodique.

Le même jour, c'est-à-dire la veille de l'examen, on fait prendre en trois fois, à quatre heures du soir, à huit heures et à minuit, une bouillie de 200 centicubes de gélobarine, mélangée à du sirop de gomme ou tout autre liquide destiné à l'amener à la consistance d'une crème.

Aucune modification n'est apportée en temps que menu au repas du soir, qui doit être pris à sept heures, entre la première et la deuxième ingestion de gélobarine.

Le lendemain matin, à neuf heures, à lieu le premier examen. La nécessité même d'examiner systématiquement l'estomac chez les constipés chroniques qui se plaignent de troubles dyspeptiques les oblige à venir à jeun pour l'examen. A ce moment, on leur fait absorber sous l'écran 300 cc. environ de bouillie opaque. On peut voir ainsi d'abord l'image de l'estomac.

Il résulte de l'absorption de cette dernière bouillie une augmentation de poussée qui ne modifie en rien l'image radioscopique ou la durée du transit dans les cas de lésions organiques. Par ce procédé, au moment du premier examen, tout le tube digestif doit être rempli.

On voit donc tout de suite l'avantage de la méthode Enriquez, qui réside dans sa grande simplicité et dans la possibilité d'être fixé d'emblée, au premier coup d'œil, sur le retard qui peut exister dans le transit. L'examen plus approfondi permet alors de rechercher la cause, de préciser la lésion et d'éliminer la constipation cœcale physiologique et normale.

Cet examen nous permet, en outre, de voir la forme de tout le tube digestif, les dimensions et la mobilité normale ou anormale de ses divers segments, donc de préciser notre diagnostic.

Mais, pour cela, des examens répétés sont nécessaires.

En effet, normalement, la tête de la colonne opaque doit pénétrer dans le cœcum 2 à 3 heures après l'ingestion. Vers la cinquième ou sixième heure, elle arrive à l'angle hépatique et, vers la onzième heure, à l'angle splénique du transverse.

De la douzième à la quinzième heure, tout le cœcum et le côlon ascendant doivent s'être vidés.

Dans les cas d'étranglement du gros intestin par des brides de péricolite très serrées, l'image peut persister sans modification pendant 24, 36 et même 48 heures après l'ingestion de la gélobarine. Dans un cas que nous avons étudié, l'image persistait la même au troisième jour de l'examen.

Les lésions de péricolites nous fournissent à l'écran un étranglement de la colonne opaque au niveau des brides les plus resserrées.

La silhouette du tube digestif plein de gélobarine nous décèle les coudures anormales, les accollements en canons de fusil, que la palpation sous l'écran nous révèle réductibles ou irréductibles.

De même cette palpation et les changements de position peuvent ainsi nous révéler la mobilité anormale du cœcum, les contractures spasmodiques qui donnent au tube digestif un aspect moniliforme ou en chapelet, nous indiquant s'il y a lieu d'intervenir ou non.

C'est donc la radioscopie qui, avec les examens répétés et les renseignements précis qu'ils peuvent nous fournir, sera pour nous le moyen de diagnostic le plus utile et le plus exact.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Dans la plupart des cas de S. I. C., on trouve des dispositions anatomiques anormales : cœcum mobile et côlon mobile par insuffisance ou par défaut de coalescence des fascias, se ptosant par la pesanteur de leur contenu ; longueur excessive des segments du côlon par rapport aux insertions du méro qui les supporte ; raccourcissement des bandelettes longitudinales les forçant à se plicaturer (Dolichocolies de Lardenois et Dubourg) ; brides, coudures, plissement du côlon fermant les angles hépatique ou splénique ; accollement en canon de fusil, péricolite membraneuse, ectasies localisées ou totales.

Quelle est l'origine de ces lésions ? Il est vraisemblable que les unes, telles que les dolichocolies, les accidents de coalescence, l'origine remonte à un stade embryologique, car, dans les cas non compliqués de péricolite, on ne trouve rien, aucun caractère rappelant un processus cicatriciel ou de défense post-inflammatoire.

Pour certains auteurs, même ces anomalies seraient héréditaires et, sans pouvoir rien affirmer de précis à ce sujet, il est intéressant de noter que, très fréquemment, la

S. I. C. se rencontre particulièrement chez de nombreux membres d'une même famille.

Pour la péricolite membraneuse, Leveuf admet l'origine embryogénique. A ce sujet, les avis sont très partagés, et il nous paraît plus vraisemblable, étant donné la forme de ces lésions, d'admettre une origine inflammatoire dont elles seraient un processus de défense.

Hadgès, de Vichy, entrevoit la possibilité d'une maladie générale telle que la syphilis comme cause de péritonite adhésive.

Théorie de la Typhlatonie de Fischler. — L'insuffisance musculaire congénitale ou consécutive à un catarrhe laisserait les matières s'accumuler dans le cœcum.

On peut aussi se demander si ces lésions ne résultent pas d'une trophonévrose, car, parfois, il y a stase sans substratum anatomique, auquel cas l'atonie intestinale domine dans les causes de la stase, et l'on pourrait alors se demander si les nombreux symptômes énumérés par Lane ne sont pas des manifestations de cette trophonévrose, ainsi que la constipation, dont ils ne seraient plus la conséquence.

Mais, dans ce dernier cas, les constipés par simple atonie tropho-névritique sans substratum anatomique dépendent plutôt du médecin que du chirurgien. Quand un membre est atteint de parésie, on ne l'ampute pas : on cherche à lui rendre sa vigueur et sa tonicité par une rééducation soignée et par une thérapeutique énergique.

Théorie du cœcum mobile (Wilms-Stierlin). — Normalement, le cœcum est entouré complètement de péritoine dans 90 % des cas.

Par l'existence des ligaments postérieurs pariéto-cœcal et mésentérico-cœcal et de sa continuité avec le côlon ascendant, sa mobilité est donc limitée à un déplacement de 1 à 2 cm.

Wilms définit comme cœcum mobile celui dont le déplacement dans les deux sens atteint et dépasse 9 à 10 cm.

Ce serait cette mobilité anormale qui permettrait au cœcum de descendre dans le bassin derrière le pubis, de se tordre sur lui-même, de se plicaturer et se couder sur des brides.

Le poids de ce cœcum alourdi et distendu par les matières fécales, tiraillant sur le méso-appendice et le méso de l'iléon provoquerait ainsi les deux symptômes douleur et constipation par coudure iléale.

Sorrel, dans son ouvrage sur la stase intestinale chronique, fait remarquer que ce mécanisme ne suffit pas à expliquer le début de la constipation, puisque le cœcum est supposé *a priori* alourdi par les matières stercorales.

Fischler conclut que Wilms tourne dans un cercle vicieux en considérant le cœcum mobile comme cause de la constipation et la constipation comme cause du cœcum mobile.

Stierlin a repris et mis au point cette théorie et, tout en conservant la théorie du cœcum mobile comme cause des douleurs et cause adjuvante de la stase, il cherche les véritables causes initiales.

La constipation peut être due, d'après lui :

1° A une contracture localisée de la paroi intestinale (radioscopies des Wilms, Stierlin et de Quervain) ;

2° Par des mouvements péristaltiques de puissance anormale ;

3° Par des obstacles mécaniques : coudure exagérée de l'angle hépatique (travaux de Glenard), coudures du côlon transverse et de l'angle splénique (travaux de Sir W. A. Lane), brides ou tractus conjonctifs en avant du cœcum ou du côlon (travaux de Jackson).

La constipation amorcée est entretenue :

1° Par l'alourdissement du côlon plein de matières, accentuant l'angle hépatique, et les courbures anormales du côlon transverse;

2° Les matières, perdant leur eau pendant la stase, durcissent et deviennent plus difficilement mobilisables;

3° Tous les produits de digestion qu'elles pourraient encore contenir sont absorbés là, donc ne pourront plus exciter en aval le péristaltisme normal du gros intestin, d'où atonie de toute cette portion du tube digestif.

Théorie de Klose : torsion habituelle du cœcum. — La paroi antérieure du cœcum présente une bandelette musculaire longitudinale très forte, alors que les parois latérales au contraire seraient riches en fibres lisses transversales et pauvres en longitudinales.

Dans les contractions péristaltiques la bandelette longitudinale antérieure au lieu d'imprimer au cœcum un simple mouvement pendulaire, peut se raccourcir au point de le plisser et le forcer à s'enrouler autour de cet axe, pouvant même produire ainsi le volvulus définitif, ce qui d'ailleurs n'est pas très fréquent. En général, il en résulte une simple gêne dans la progression des matières; le cœcum pour lutter s'hypertrophie, puis finit par se laisser distendre et on aboutit ainsi au type typhlatonique de Fischler.

Toutefois Klose, ainsi que Stierlin, admet que la stase peut être à l'origine amorcée par un obstacle mécanique en un point quelconque du gros intestin, et il préconise la libération des anses par section des brides, puis fixation de ces anses en bonne position.

Nous verrons que si la première partie de l'opération donne des résultats excellents, en revanche la pexie ne donne pas toujours la satisfaction que théoriquement on serait en droit d'attendre, car les points de suture peuvent lâcher. Cependant, quelques observations, parmi celles que nous publions à la fin de cet ouvrage, prouvent que la pexie faite

avec des fils de lin non résorbables peut donner de très bons résultats. De même que Lane, Klose attire l'attention sur ces appendicites consécutives à la stase cœcale.

Théorie de Sir William Arbathnot Lane. — Lane incrimine chez l'homme la position verticale ou assise comme cause de la chute de tous les organes abdominaux et en particulier du gros intestin.

La position assise pour la défécation serait moins bonne que la position accroupie, qui appliquant les cuisses sur la paroi abdominale renforce ses contractions et les efforts pour la défécation, tout en empêchant la production des hernies inguinales et crurales.

Nous avons vu au début de notre thèse que plutôt que d'incriminer la position verticale pour laquelle l'homme est organisé, il nous paraît plus rationnel d'accuser comme cause essentielle de cette ptose des viscères, la faiblesse de la paroi abdominale, qui normalement doit fort bien compenser l'action de la pesanteur et maintenir en place les organes abdominaux. Cette faiblesse de la paroi abdominale explique la S. I. C. chez les femmes, qui ont l'abdomen plus haut, le bassin plus large que les hommes. Leurs muscles abdominaux sont souvent relâchés par des grossesses multiples et des corsets défectueux abaissent la masse intestinale au lieu de la soutenir.

Les idées de Glénard coïncident tout à fait avec cette conception, et les résultats obtenus par la ceinture abdominale destinée à s'opposer à la ptose, prouvent sa valeur.

Origine mécanique de la ptose.

Pour s'opposer à cette chute des viscères, il se forme des adhérences du cœco-côlon à la paroi, et des différents segments du côlon entre eux.

D'abord simples replis péritonéaux, ces adhérences s'organisent pour la lutte, se renforcent par le travail, de-

viennent fibreuses et finissent par former de véritables brides.

Le cœcum suspendu par ces brides s'allonge, se dilate et peut venir par distension presque dans le petit bassin, où il comprime les viscères qui s'y trouvent. La portion cœco-ascendante située au-dessus du rebord pelvien est maintenu par des adhérences entre leur partie postérieure et la paroi abdominale. Ces adhérences peuvent former un véritable méso richement vasculaire, qui peut étrangler le calibre de l'intestin. Vers le bas du cœcum, il se développe en outre des groupes d'adhérences, l'un externe, tirant sur l'appendice, le coudant et le fermant, favorisant ainsi l'appendicite, l'autre interne tirant sur l'iléon, le coudant à angle aigu, fermant ainsi sa lumière.

Cette traction qui au début s'exerce seulement dans la position verticale, finit même, lorsque le cœcum dilaté arrive à occuper normalement le petit bassin, par s'exercer même en position couchée.

Mais ce ne sont pas là les seules anomalies entraînant la stase intestinale.

En effet, il se forme souvent par le même processus aux sommets des angles, du côlon ascendant et du transverse, d'une part, du transverse et du descendant, d'autre part, des brides péritonéales, soutenant ces angles, étranglant leur calibre, et se renforçant au fur et à mesure que la stase leur procure un plus gros effort de soutien à fournir. C'est ainsi que peu à peu les deux branches de ces angles peuvent s'accoler en canons de fusil sur une portion plus ou moins longue, formant ainsi des obstacles presque infranchissables.

Le côlon se rétrécit alors suivant deux mécanismes :

Il peut, soit être simplement étranglé par un anneau fibreux trop puissant, soit à la façon d'un tuyau de caoutchouc trop souple suspendu par son milieu à un clou, s'ap-

platir en se coudant sur ce support trop étroit, et, en raison de son poids, diminuer de calibre par élongation.

L'accrolement en canons de fusil se produit spécialement lorsque le méso du transverse, trop lâche, laisse celui-ci tomber en ventre les deux angles hépatique et splénique. *L'anse sigmoïde* normalement libre et attachée à un long mésentère peut présenter des anomalies classées par Lane en trois types :

1° L'anse sigmoïde est fixée sur toute sa longueur par des adhérences pouvant englober l'ovaire et la trompe gauche et forme ainsi un tube court, rectiligne et resserré, à calibre rétréci, et particulièrement difficile à libérer.

2° Dans un deuxième type, l'anse est fixée en un ou deux points par des adhérences qui la coudent en rétrécissant sa lumière.

3° Dans un troisième type, les extrémités seules de l'anse sigmoïde sont fixées par des adhérences, cas particulièrement favorable à la production d'un volvulus.

Le rectum est habituellement allongé, dilaté.

Le reste du tube digestif peut aussi participer à la ptose :

L'estomac, tiré par le poids du côlon, s'abaisse en masse par sa grande courbure, mais le pylore et le duodénum restant fixés en place par les ligaments hépatiques et les adhérences postérieures, il se forme une coudure duodénale qui peut être l'origine de bien des accidents et donner lieu aux symptômes de l'ulcus gastrique qui souvent d'ailleurs en est la conséquence.

L'intestin grêle dans les cas avancés perd sa tonicité.

Enfin Lane signale la coexistence fréquente des reins mobiles : 1° par fonte de la graisse péri-néphrétique, en raison de l'amaigrissement par l'autoxication ; 2° par la traction directe du côlon sur les deux reins, principalement à droite.

Membrane de Jackson. — Nous avons vu au cours de l'étude clinique que, comme conséquence de la stase, pouvaient se développer des phénomènes de colite. Mais ces lésions inflammatoires peuvent dépasser la barrière opposée par les parois du côlon, et avoir une répercussion péritonéale. Il se forme ainsi par un processus de défense, de véritables tractus conjonctifs cicatriciels, formant autour du côlon ou du cœcum un véritable voile qui vient encore compliquer les phénomènes d'occlusion partielle, origines de la stase.

Cette membrane péri-colique, dite de Jackson, étudiée aussi en Allemagne par Hofmeister, en France par Duval, Cotte, Isaacs, Lenormant, A. La Martine, Levœuf, etc., a soulevé bien des discussions au sujet de son étiologie.

Pour les uns, elle serait congénitale, et vestige du cul de sac épiploïque droit, pour les autres elle serait acquise, d'ordre inflammatoire, et son étiologie relèverait de toutes les affections inflammatoires périviscérales et péritonéales.

Pour M. Lane, ces ligaments seraient des adhérences développées mécaniquement, pour s'opposer à la chute des parties ptosées du gros intestin.

Ces hypothèses sont également plausibles, et faute d'arguments certains pour les combattre l'une ou l'autre, nous devons admettre que la membrane de Jackson peut être le résultat de causes différentes, de même que la stase intestinale ne relève pas toujours du même processus pathogénique.

La membrane de Jackson se présente sous forme d'un voile transparent strié de faisceaux de fibres conjonctives plus denses, et de vaisseaux. Elle prend généralement naissance sur le péritoine pariétal de la fosse iliaque et du flanc droit pour se diriger transversalement en haut et à gauche, au-devant du cœco-côlon ascendant. Parfois, elle se termine là, sur la bandelette longitudinale antérieure, parfois elle se continue avec l'épiploon, enveloppant entiè-

rement le côlon, laissant libre seulement la partie inférieure du cœcum et l'appendice. Bridé par en haut, le cœcum tendra ainsi à se distendre vers le bas, et la stase s'établit.

Dans d'autres cas, la membrane de Jackson recouvre aussi le cœcum et l'appendice. Le cœco-côlon ascendant se trouve étranglé sur toute sa hauteur, parfois même l'angle hépatique est complètement recouvert, et maintenu accolé en canons de fusil par ce voile.

En résumé, les obstacles mécaniques peuvent se trouver en un point quelconque du côlon, en arrière duquel s'établira la stase. Parfois ces lésions seront multiples et pourront se généraliser à tout le gros intestin.

Au *niveau de l'iléo-cœcum*, on rencontre la Lane's Kink, ou coudure iléale formée par des adhérences tirant l'iléon vers le haut, alors que le poids du cœcum entraîne vers le bas la portion iléale située entre la valvule iléo-cœcale et cette bride.

D'autres adhérences se rencontrent entre le bord externe du cœcum et le péritoine pariétal, se prolongeant jusqu'à l'appendice qu'elles coudent et tiraillent en dehors.

Au *niveau du cœcum et du côlon ascendant*, on peut trouver la membrane de Jackson étranglant le calibre intestinal. A *l'angle hépatique*, la lésion la plus fréquente est l'étranglement par adhérences s'opposant à la chute du cœcum.

Ces adhérences parfois se prolongent entre le colon ascendant et le côlon transverse qu'elles peuvent accoler en *canons de fusil*, fermant ainsi la lumière du côlon au sommet de cet angle. A *l'angle splénique*, on trouve parfois des lésions identiques. Sur le côlon descendant, il n'est pas rare de trouver des lésions de périviscérite formant un voile analogue à la membrane de Jackson sur le cœco-côlon ascendant. Enfin au niveau de l'anse sigmoïde, nous avons

étudié les trois types d'adhérences : 1° sur toute la longueur ; 2° en un ou deux points de l'anse ; 3° aux deux extrémités de l'anse.

Ces lésions sont plus ou moins accessibles, mais dans le chapitre du traitement chirurgical nous exposerons comment peut se pratiquer le débridement.

DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic de la stase intestinale chronique, il suffit d'y penser... L'examen radiologique tranche la question.

(VICTOR PAUCHET.)

Les deux symptômes essentiels qui doivent faire penser à la S. I. C. sont *douleur* et *constipation*, dont nous avons indiqué les caractères, puis les phénomènes secondaires d'auto-intoxication, céphalées, troubles gastro-intestinaux, inappétence, amaigrissement, asthénie, troubles circulatoires, haleine fétide, parfois même les insuffisances glandulaires et les troubles de pigmentation des téguments.

Après un interrogatoire et un examen serrés ayant pour but de préciser les caractères de ces symptômes, les résultats fournis par la palpation et la percussion permettent en général de poser un diagnostic précis qui sera vérifié par l'examen radiologique.

La douleur peut affecter différents caractères et avoir son siège en des points variables, et nombreuses sont les causes d'erreurs de diagnostic. Elle siège le plus souvent dans *la fosse iliaque droite*: L'erreur la plus fréquente porte sur le diagnostic *d'appendicite chronique*, diagnostic différentiel d'autant plus difficile à préciser que l'appendicite peut être la cause ou la conséquence de la S. I. C. et coexis-

ter avec elle. M. le D^r Lacouture, chirurgien de l'Hôpital Tastet-Girard, à Bordeaux, nous a dit avoir opéré environ une quarantaine de malades chez lesquels l'appendicite existait simultanément avec la stase cœcale par membrane péricolique de Jackson. Il pratiquait alors l'appendicectomie et la Jacksonectomie et rapidement ces malades paraissent guéris de tous les phénomènes douloureux et de tous les signes de constipation.

Il est donc bon, en raison de la fréquence de l'appendicite au cours de la S. I. C., de pratiquer l'appendicectomie en même temps que l'on opère la stase.

Inversement, nous devons mettre en garde contre la fréquence des cas de stase iléo-cœcale où le diagnostic erroné d'appendicite ayant été posé, le malade est opéré par appendicectomie, au travers d'une petite incision en boutonnière, fort élégante, mais ne permettant nullement d'explorer le cœco-côlon. Chirurgien et malade sont fort étonnés de voir, après l'opération, persister tous les phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite.

Donc, il faut toujours penser à l'existence simultanée de ces deux affections.

« MM. Henriquez Gutman et Rouvière expliquent les « symptômes de l'appendicite chronique par la toxi-injection et par mécanisme réflexe, nausées, pâleur, vomissements, constipation, spasme pylorique, sialhoorrhée qui « peuvent être considérés comme réaction d'ordre vagotonique. » (Th. de Martel et Antoine : *Les fausses appendicites*). Ainsi s'explique, par similitude étiologique, les nombreux caractères communs de l'appendicite chronique et de la S. I. C.

Troubles gastro-intestinaux, constipation, congestion et hypertrophie du foie, subictères, douleur dans la fosse iliaque droite sont autant de symptômes pouvant induire en erreur le praticien.

La douleur appendiculaire n'est pas forcément limitée au point de Mac-Burney, elle peut, en raison des anomalies de position de l'appendice, siéger dans un rayon assez étendu autour de ce centre.

Toutefois, elle présente avec la douleur de la S. I. C. des caractères distinctifs assez marqués: A la palpation elle est plus vive que cette dernière, plus localisée. Alors que, dans les crises paroxystiques de la S. I. C., au cours des crises de sub-occlusion, cette douleur, qui donne plutôt une sensation de torsion, de tiraillement dans les lombes, de distension, ne s'accompagne pas d'élévation de température. Généralement, au contraire, dans les crises appendiculaires aiguës survenant au cours de l'appendicite chronique, la fièvre peut monter rapidement à un degré élevé, ce qui ne se produit pas dans quelques cas rares de stercorémie. Alors que dans les crises de sub-occlusion de la S.I.C. dès que la débâcle gazeuse et stercorale s'est effectuée, la douleur cesse, dans les crises appendiculaires, elle persiste plus ou moins vive, et ne s'atténue que beaucoup plus lentement.

Enfin, dans l'appendicite chronique, en faisant relever au malade la jambe droite pour former un plan de résistance par contraction du psoas-iliaque, on peut arriver à palper et à pincer l'appendice qui est douloureux s'il est malade. La même manœuvre, dans les cas de stase cœcale, est rendue difficile en raison du volume du cœcum dilaté et ne révèle en général aucune douleur au niveau de l'appendice. On sent sous le doigt gargouiller la masse de gaz et de matières contenue dans le cœcum, et une pression douce et progressive de bas en haut peut faire fuser ces gaz vers le côlon ascendant et le transverse.

Enfin, nous signalerons la diminution ou l'abolition fréquente du réflexe cutané abdominal dans la S. I. C., alors qu'il est exagéré dans l'appendicite. (Signe de Sicard).

La douleur et la plénitude de la fosse iliaque droite doivent encore attirer l'attention sur le diagnostic possible

d'annexite. Le diagnostic de ces lésions se fait par le toucher vaginal et par l'examen complet de ces malades.

La salpingite est en général bilatérale, consécutive à un accouchement, avortement, à une infection puerpérale ou à une blennorrhagie.

Elle peut d'ailleurs par voisinage avoir un retentissement appendiculaire. Le diagnostic sera tranché par l'examen radiologique.

Dans les cas de stase par coudure iléale; la douleur siège haut, parfois au niveau de l'épigastre. Les symptômes sont surtout gastro-intestinaux : dyspepsie hypersthénique, hyperchlorhydrie, nausées, vomissements à jeûn, peuvent en imposer pour un *ulcère gastrique ou duodéal*. Ces symptômes sont très fréquents dans la S. I. C., indépendamment de l'ulcère qui se rencontre parfois en même temps.

L'accumulation d'ascaris dans le segment terminal de l'iléon peut provoquer des troubles douloureux de la région cœcale. L'examen attentif des selles révélera en général la présence de ces parasites ou de leurs œufs. L'examen du sang montre dans ce cas une éosinophilie marquée.

La douleur des crises de sub-occlusion par S. I. C. peut être confondue avec *les coliques hépatiques*. Celles-ci débute en général après les repas et la crise dure plusieurs heures, jusqu'à ce que le calcul soit éliminé hors des voies biliaires.

Les irradiations douloureuses dans la lithiase biliaire n'ont pas la même topographie que dans la stase cœcale. Leur siège est en général plus élevé, et leur intensité maxima; caractéristique de ces crises, est constante à droite, à la base du thorax, en haut vers l'épaule et en arrière au niveau de l'omoplate.

Les troubles intestinaux sont peu marqués, mais on observe souvent des vomissements bilieux abondants.

Quelques jours après, un ictère léger avec décoloration incomplète des fèces, et une urine foncée, huileuse, riche en pigments biliaires, vient confirmer le diagnostic.

Mais les crises hépatiques ont parfois une allure plus atténuée. Elles se présentent sous forme de petites crises douloureuses, subaiguës, de la région sous-hépatique, avec poussées légères de cholécystite, qui, selon Tripier, provoquerait de la péricholécystite avec réaction péritonéale sous-hépatique; le processus inflammatoire crée des brides et des adhérences pouvant s'étendre jusqu'au pylore, au duodénum, à l'angle colique droit.

Les lésions de cholécystite peuvent donc s'accompagner de S. I. C. suivant le mode général de rétention fécale par obstacle mécanique.

Cette coexistence de la cholécystite avec la périviscérite du carrefour supérieur peut donc rendre le diagnostic particulièrement délicat, et il sera indispensable de le préciser par l'examen radiologique.

Dans la S. I. C., la douleur localisée parfois au niveau des lombes peut ressembler à celle des coliques néphrétiques. Un examen attentif de la région permet vite d'établir un diagnostic plus sûr.

Dans les cas de lithiase rénale, d'hydronéphrose, de pyélonéphrite, la palpation réveillera au niveau du rein une vive douleur. L'examen des urines révélera du sang ou des globules de pus qui permettront de préciser le diagnostic. Toutefois, nous devons rappeler la fréquence des affections rénales au cours de la S. I. C., principalement dans les cas de stase du côlon droit, où la résorption des produits toxiques et microbiens peut déterminer l'infection des voies urinaires, suivant le processus longuement développé par HEITZ-BOYER, sous le nom de *syndrome entéro-rénal* (« Journal médical français », mai 1922). Les pyélonéphrites sont si fréquentes chez les constipés, que l'on devrait systématiquement chez ces malades faire

l'examen des urines. De même, chez les pyélonéphritiques on doit rechercher la constipation comme origine possible.

Le rein droit mobile peut provoquer des crises douloureuses répétées à droite avec sensation de lourdeur, de pesanteur, de gêne mal définie dans le flanc droit. Ces phénomènes, comme dans la S. I. C. sont surtout accentués par la fatigue, les exercices violents et parfois même par la simple station debout, et s'atténuent dans le décubitus.

La chute du rein peut être la conséquence de l'intoxication générale par la S. I. C., qui faisant fondre chez le malade les tissus adipeux péri-néphritiques relâche ainsi le soutien de cet organe. Certains auteurs considèrent aussi le rein mobile comme cause de la stase cœco-ascendante.

Quels que soient les rapports de ces deux affections, nous nous bornerons à les signaler pour mettre le praticien en garde contre une erreur possible.

La constipation est aussi un symptôme essentiel de la S. I. C. et l'on devra tout d'abord s'assurer qu'elle n'est pas due à un rétrécissement ou à une tumeur néoplasique du rectum ou d'un point quelconque du gros intestin. Le diagnostic de cancer sera éliminé par toucher rectal, par l'examen clinique et radiologique.

Mais la constipation elle-même peut être marquée comme nous l'avons vu au chapitre de la symptomatologie par les diarrhées de colite, par les selles plus ou moins régulières, n'évacuant que le trop plein du gros intestin ; il est essentiel de dépister la constipation première profonde et constante, cause de ces troubles. Il serait désastreux en effet de chercher à arrêter cette diarrhée, cette hypersécrétion de défense de la muqueuse intestinale avant d'avoir vidé le contenu du côlon ; on enfermerait... le loup dans la bergerie..., augmentant ainsi les phénomènes douloureux et les phénomènes d'intoxication.

Enfin, les phénomènes généraux: pigmentation de la peau et décoloration des poils, haleine fétide, amaigrissement, céphalées, névralgies, neurasthénie, troubles glandulaires, troubles hépatiques, troubles génito-urinaires, troubles cardio-vasculaires, que l'on peut trouver plus ou moins marqués chez un malade, ne se produisent pas sans cause. Cette cause peut être infectieuse, toxi-infectieuse, ou simplement toxique.

Parmi ces phénomènes toxiques, on va chercher souvent bien loin l'étiologie, alors que l'on doit toujours penser à l'auto-intoxication, par défaut d'élimination.

Donc, par simple réflexion, l'esprit du médecin doit envisager la constipation chronique comme cause possible de ces troubles.

En supprimant la cause, on guérit les effets, et c'est cette pensée qui doit guider la thérapeutique.

En résumé, pour poser le diagnostic de stase intestinale chronique, il faut se baser sur deux symptômes : douleur et constipation, puis examiner l'abdomen du malade et confirmer autant que préciser par la radiologie, soit en suivant le trajet intestinal :

Stase par coudure iléale: douleur haute, dans la région de l'épigastre : symptômes gastro-intestinaux à distinguer de l'ulcus gastrique ou duodénal.

Stase cœcale, cœcum mobile: douleur dans la fosse iliaque droite, à ne pas confondre avec l'appendicite.

Stase cœco-ascendante: la douleur peut aller de la fosse iliaque à la région sous-hépatique: il faut faire le diagnostic différentiel d'avec les coliques hépatiques, les affections rénales droites, les salpingo ovarites, etc. La palpation révèle la masse cœcale.

Stase en arrière de l'angle splénique: douleur haute, erreurs possibles avec l'ulcus gastrique, les adhérences pleu-

rales, les névralgies inter-costales, etc. La palpation fait toucher la corde du transverse plosé et dilaté.

Stase par obstacle sigmoïdien: douleurs pelviennes et iliaques gauches, pouvant faire penser à des lésions utérines et périutérines, néo du rectum (sang dans les selles, état général).

Stase généralisée à tout le gros intestin: douleur variant suivant le siège des lésions maxima et pouvant présenter les symptômes de l'un ou l'autre des cas précédents. Lorsque la stase ne se produit que dans les colons transverse et descendant, les phénomènes toxiques sont beaucoup moins marqués que dans le cas de stase cœcale ou cœco-ascendante.

Enfin, dans tous les cas, nous insisterons encore une fois sur l'absolue nécessité de faire *systématiquement la radiologie* du gros intestin, *seul moyen de diagnostic précis.*

TRAITEMENT MÉDICAL

Une fois posé par l'examen clinique et l'étude radiologique le diagnostic de stase intestinale chronique par brides, adhérences et membranes péricoliques, il faut, avant de pratiquer le traitement chirurgical, essayer un traitement médical, premièrement pour s'assurer que la stase est vraiment incurable sans intervention, deuxièmement pour préparer l'intestin à une plus prompte restauration, en le débarrassant des masses stercorales qui l'encombrent, et l'aider dans son travail pénible en ménageant la tonicité qui lui reste.

En effet, chez ces malades, le gros intestin fonctionne encore, mal sans doute, mais d'une manière suffisante pour lui permettre de se vider en partie de temps à autre avec ou sans secours de laxatifs ou autres moyens artificiels.

Quels sont les moyens que nous devrions tenter ?

Les remèdes agissant par action médicamenteuse, tels que les purgatifs salins, ou drastiques, nous paraissent plutôt nocifs et généralement inutiles. Ils agissent sur la muqueuse intestinale un peu à la façon de l'alcool que boit un débardeur pour stimuler ses forces défaillantes. Le purgatif agira à la façon d'un coup de fouet, stimulera les fonctions de l'intestin pendant peu de temps, puis le malade

retombera dans le même état qu'avant de se purger, et sera obligé de recommencer quelques jours après.

Mais à ce régime-là, son tube digestif stimulé artificiellement pour fournir un travail au-dessus de ses forces, se fatiguera ; sa sensibilité s'émoussera progressivement et des doses de purgatif qui agissaient les premiers temps deviendront insuffisantes.

Les lavements, de même, obéissent des effets directs, immédiats qui peuvent paraître bons ; mais ils ont l'inconvénient, en dilatant l'ampoule rectale et le côlon, de fatiguer sa musculature, d'abolir peu à peu la sensibilité du rectum au réflexe de la défécation.

Donc purgatifs et lavements ne doivent être que des moyens d'urgence, pour parer à une crise aiguë de constipation. Bien préférables sont les simples remèdes dont l'action est purement mécanique, c'est-à-dire ceux qui sans être absorbés, se mélangent aux selles pour les ramollir, ou qui, lubrifiant ces matières, facilitent leur glissement sur les parois intestinales.

Ces remèdes non médicamenteux tels que l'huile de vaseline, l'huile de paraffine, l'agar-agar, l'huile de ricin à doses faibles et répétées quotidiennement, nous ont permis dans de nombreux cas d'obtenir des résultats excellents. Ils agissent sur le bol fécal comme l'enduit glissant sur la peau d'une anguille. De faibles contractions péristaltiques suffisent lorsque les matières stercorales sont bien imprégnées d'huile de paraffine ou d'agar-agar, à les faire glisser facilement dans le gros intestin, dont le labour est, de ce fait, bien diminué.

L'emploi de ces remèdes constitue vraiment un régime plus qu'une médication.

En même temps que le malade suit ce régime lubrifiant, son hygiène doit être surveillée. Hygiène, grand air, exercices physiques méthodiquement réglés, gymnastique et massages abdominaux, hydrothérapie, sont des facteurs

excellents pour stimuler l'état général, redonner des muscles à la paroi abdominale, exciter l'appétit et les sécrétions gastriques. Simultanément, le malade doit faire la rééducation de son gros intestin : s'astreindre à se présenter à la selle régulièrement après chaque repas, à heures fixes, et y patienter dans l'attente de la défécation qui au bout de quelque temps d'entraînement se produira plus vite.

La défécation accroupie, appliquant les cuisses sur l'abdomen, renforce ses contractions, et apparaît ainsi meilleure que la position assise. Pendant son séjour à la garde-robe, le patient malade devra s'entraîner à contracter ses muscles abdominaux, comme s'il voulait exécuter des mouvements péristaltiques avec sa paroi, « aspirant », creusant son ventre, puis le contractant fortement, de façon à bien déplisser son anse sigmoïde, à remuer ainsi tout son intestin pour l'exprimer ensuite.

Si au bout de quatre à six semaines de ce traitement, aucune amélioration n'apparaît, c'est que l'intervention chirurgicale est vraiment nécessaire.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous avons indiqué comment doit être mené le traitement médical : il faut l'appliquer avec constance.

S'il échoue, comme c'est la règle, quand le diagnostic étayé sur l'examen radioscopique, et l'étude raisonnée des troubles fonctionnels a été bien posé, il faut recourir à l'intervention.

Dans notre travail, nous essayons de démontrer que les résections coliques doivent être l'exception, et que le traitement conservateur doit être la règle : les nombreuses observations qui seront exposées plus loin paraissent le démontrer pleinement.

Les résections coliques ne sont point des interventions exemptes de risques, même entre les meilleures mains, même faites en plusieurs temps. De plus, les côlons ne sont pas une portion d'intestin négligeable. Les iléo-sigmoïdostomies sont parfois suivies de diarrhées rebelles que rien ne peut arrêter.

Je n'insiste pas sur les troubles parfois si pénibles du reflux gazeux ou stercoral dans le gros intestin, après les anastomoses simples sans résections coliques.

Ces interventions, comme le disait récemment Lecène à la Société de Chirurgie, nous semblent devoir être réservées aux lésions définitives des parois intestinales, aux lésions irrémédiables.

Tel n'est pas le cas, en général, dans l'affection qui nous occupe, où nous ne rencontrons que des lésions péricoliques, avec *intégrité le plus souvent parfaite*, des tuniques de l'intestin.

L'intervention rationnelle doit être conduite, nous semble-t-il de la façon suivante :

L'incision, d'abord, sera large et variera de siège suivant la localisation des lésions. Le plus souvent, elle sera latérale droite, incurvée le long des fausses côtes pour rejoindre la ligne médiane entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

Quand il s'agit d'épiploïte avec brides siégeant sur le transverse, il y aura intérêt parfois à passer par la ligne médiane.

Exceptionnellement, la voie latérale gauche sera indiquée : cette voie donnera accès sur la région de l'angle splénique.

Le ventre est ouvert avec les précautions ordinaires, et tout de suite nous examinons la région iléo-cœcale.

Nous pratiquons alors l'ablation de l'appendice, et la libération systématique de l'angle iléo-cœcal, par la résection de la bride de Jackson, qui coude la fin de l'iléon : (nous disons résection et non seulement section de cette bride).

Le cœcum est examiné. Généralement il se présente à nous dilaté et mobile et quelquefois, c'est là la seule lésion avec une bride de péricolite à la limite du cœcum et du côlon ascendant.

M. Rudelle, d'Agen, a coutume, dans tous ces cas, de pratiquer la *cœcopicature*, suivant la technique de Pierre

Duval, sur les bandelettes longitudinales, avec des fils de lin non résorbables.

Les fils noués sont laissés libres et serviront à la fin à la cœcopexie dans les parois.

De proche en proche, le côlon ascendant est attiré, et le vélum péricolique excisé. Cette libération du côlon se fait sans aucune hémorragie, car ce vélum n'a pas à proprement parler d'adhérences avec la séreuse du conduit intestinal. L'angle sous-hépatique est ensuite attiré et libéré. C'est le point délicat de l'intervention, car souvent les brides sont très serrées à ce niveau, attirant l'angle très en arrière : comme la paroi intestinale est remarquablement mince, on pourrait l'intéresser au cours de cette libération.

Du reste, presque constamment, nous trouvons de l'épiploïte au niveau de cet angle, et devons pratiquer le décollement côlo-épiploïque, depuis cet angle jusqu'à sa limite, sur le transverse, où nous retrouvons l'épiploon non enflammé, et l'intestin de calibre normal.

Le décollement de l'épiploon est plus laborieux au niveau de l'angle que sur le reste du tractus.

C'est vraiment là, au cas de brides et de paquets d'épiploïte indurés, et très adhérents que l'on rencontre des difficultés. Les autres parties de la libération sont simplement minutieuses. Nous voyons sous la main le côlon reprendre son calibre normal à mesure que la libération avance et que le volume est excisé. l'épiploon après le décollement est excisé par petits paquets.

Quand la libération paraît complète, et que le calibre du boyau est uniforme, le tout est simplement rentré dans le ventre sans aucune fixation, sauf au niveau de l'angle hépatique, quand son décollement est poussé très loin, et qu'il tombe dans la cavité abdominale. « *Nous ne fixons jamais le transverse et jamais le côlon ascendant.* » (Rudelle).

Nous pourrions répéter les mêmes termes pour la libération de l'angle splénique, ou du transverse gauche, dans les cas où les lésions prédominent à ce niveau.

Les suites opératoires ne présentent rien de particulier. Il y a dans les premiers jours des coliques sèches assez douloureuses et l'émission des premiers gaz est assez pénible.

Nous donnerons de l'huile de ricin le quatrième jour et chaque matin ensuite, une ou deux cuillerées à café de cette même huile pendant trois ou quatre jours.

Nous passerons ensuite à l'huile de paraffine que nous donnerons, à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par jour, suivant les cas et suivant les cas et la tolérance individuelle.

Ordinairement, la constipation cesse complètement. Les malades vont à la selle dès le quatrième jour et même plusieurs fois par jour. Dans certains cas, nous devons supprimer très rapidement les prises d'huile, en raison d'une véritable diarrhée qui s'établit comme nous avons eu l'occasion de le voir plusieurs fois.

Cette diarrhée cesse, du reste bientôt, et l'équilibre s'établit soit spontanément, soit avec un régime spécial établi par tâtonnement, et variable suivant les cas individuels.

Quant aux troubles secondaires liés au syndrome qui nous occupe, ils sont plus longs à disparaître.

Le plus important, et le plus constant, le syndrome d'hyperchlorhydrie, nous a paru s'atténuer progressivement surtout si l'on a soin d'appliquer le traitement médicamenteux par les poudres saturantes et le régime adéquat.

Mais il faut parfois compter plusieurs mois avant la guérison des troubles dyspeptiques.

Il convient aussi d'appliquer un traitement spécial au syndrome urinaire qui accompagne dans certains cas la constipation chronique. Mais il s'agit plutôt là d'une com-

plication qui a été étudiée à part. Nous avons vu quel rapport intime unit les poussées de pyélonéphrite à la constipation, qu'il s'agisse de poussées aiguës, de pyélonéphrites, ou de l'évolution sournoise d'une double néphrite à type épithélial ou intersticiel.

Nous sommes convaincus de la grande part étiologique qui revient à la constipation chronique dans le développement des affections urinaires, au point que nous avons pratiqué systématiquement l'examen d'élimination fonctionnelle des reins chez un certain nombre de ces malades. Nous avons été frappés, maintes fois, même chez les personnes jeunes, du mauvais état de cette élimination, mauvaise élimination du bleu, insuffisance d'élimination de l'urée, constante mauvaise. Souvent même, sans pus, nous avons constaté la fréquence du colibacille dans les urines, captées à la sonde urétérale.

Donc, une fois l'intestin remis en état de bon fonctionnement, la cause d'intoxication sera supprimée, mais il sera bon d'aider la restauration, la convalescence du rein par un régime et une médication appropriées.

OBSERVATIONS

dues à l'obligeance de

M. le Docteur RUDELLE, d'Agen,

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

I

M^{me} L. . . , 57 ans, constipée toute sa vie, ne va à selle que tous les 8 ou 10 jours, avec l'emploi de purgations et lavements répétés.

En est arrivé à ne pouvoir s'alimenter qu'avec des liquides. L'eau sucrée est, depuis un mois, sa seule nourriture. Dyspepsie hypersthénique avec brûlures très intenses que rien ne peut calmer.

Examen radioscopique. — Pas de signes d'ulcus, mais hypersthénie manifeste; péricolite ascendante et épiploïte transverse; encoches multiples avec intestin moniliforme dans toutes les positions et toutes les pressions à la main.

Durée de la progression de la gélobarine : transit. très retardé, au-delà de 24 heures, avec stase iléale.

Intervention. — 27 mai 1921. Laparotomie médiane très étendue, qui permet la libération de tout le colon et la résection par petits paquets de tout le grand épiploon, après décollement colo-épiploïque.

Résultats. — Les suites opératoires ont été très simples. Les selles sont régulières et le sont demeurées depuis. Revue en très bon état, le 15 septembre 1922. L'amélioration a persisté et s'est même accentuée. Les troubles gastriques ont complètement disparus.

II

M. Cl., 45 ans. Etat général très mauvais. Crises subintrantes de subocclusion, dont une crise ayant duré plusieurs jours, et pour laquelle l'établissement d'un anus artificiel avait été envisagé. Le syndrome de Kônig est, chez ce malade, schématique et le malade le raconte dans tous ses détails. Toute alimentation étant devenue impossible, et les souffrances intolérables, le malade accepte facilement l'intervention.

Examen radioscopique. — Stase iléale avec niveau horizontal, de la bouillie opaque, dans plusieurs anses, comme dans les cas de sténose de l'intestin grêle avec stase cœcale. Dans le cas présent, il y a sténose (vérifiée à l'opération) sur l'intestin grêle et le gros, avec obstacle cœco-ascendant. Observé pendant 8 heures, sans modification aucune des déformations.

Intervention. — 15 mars 1921. Je pensais vraiment trouver chez ce malade un rétrécissement organique de l'intestin, probablement tuberculeux.

Il n'en fut rien, mais la péricolite était extraordinairement serrée. Le calibre du colon droit et de l'angle hépatique était réduit au volume d'un crayon. La bride de Jackson était extrêmement développée, et l'embouchure de l'iléon était coudée très fortement. Je supprimai le voile membraneux et je vis, sous mon doigt et mes ciseaux, le côlon reprendre progressivement son volume normal. Les suites opératoires furent très simples. L'état général du malade est très amélioré, il mange de tout et l'intestin fonctionne normalement ; mais le malade qui était habitué à la morphine avant l'intervention continue malheureusement à se livrer aux mêmes piqures.

III

M^{lle} M..., 20 ans. Ne vit que de liquides, et ne va à la selle que tous les quinze jours. Crises douloureuses fréquentes allant jusqu'à l'occlusion. Dit avoir dépensé une fortune (30.000 francs) pour se soigner en vain. Rien n'a pu la soulager. Il y a en plus des signes de dyspepsie hyperchlorhydrique qui ont fait penser à un ulcus.

Examen radioscopique. — Sur le côlon droit, à la partie moyenne, bride qui ne laisse rien passer. L'image est la même pendant 36 heures.

Intervention, 20 juin 1922. — Incision latérale droite. On trouve une péricolite interne avec une bride très serrée, constituée par de l'épiploïte enroulée autour du côlon ascendant. Libération et résection de l'épiploon ainsi que toutes les brides de péricolite. L'opérée a repris 6 kilos en quelques semaines. Ses troubles d'hyperchlorhydrie ont persisté pendant plusieurs mois.

Revue 14 mois après son opération en très bon état, ne se plaignant plus de rien.

IV

M^{me} L..., 65 ans. Aspect général de néoplasique. Teint jaune paille. Se plaint de douleurs abdominales avec constipation opiniâtre. Perte de l'appétit. Amaigrissement énorme.

La palpation du ventre est douloureuse du côté droit et jusqu'à la ligne médiane sur le trajet colique.

Examen radioscopique. — Celui-ci permet d'éliminer le néo, mais brides à l'angle hépatique et sur le côlon transverse, jusqu'à la ligne médiane. Le cœcum est immobilisé dans la fosse iliaque droite. Accolement en canons de fusil des deux branches de l'angle colique droit, qui n'ont pu être dissociées à la palpation. La palpation précise nettement sur l'écran le lieu malade, mais pendant deux jours ces lésions arrêtent tout passage de la bouillie opaque.

Intervention. Le 8 avril 1922. — Laparotomie latérale qui amène sur le côlon droit. Il y a une épiploïte avec coudure adhérente qui rétrécit considérablement le calibre colique.

Décollement de l'épiploon avec résection de celui-ci, et les brides de péricolite sont excisées suivant la technique habituelle. Cette libération est particulièrement laborieuse.

Le résultat a été bon dès les premiers jours. Revue 6 mois après, la malade est enchantée, ne souffre plus, s'alimente normalement et a changé son teint pour un teint tout à fait normal. Elle a repris plusieurs kilos.

V

M^{me} L..., 33 ans. Constipée chronique avec teint stercorémique. Syndrôme dyspeptique extrêmement marqué. Demande elle-même l'intervention, poussée par une amie déjà opérée pour la même affection.

Examen radioscopique. — Plusieurs brides étagées depuis le cœcum jusqu'au milieu du transverse. La bouillie n'avance que très lentement.

Intervention. Le 12 juin 1922. — Laparotomie latérale droite incurvée comme de coutume. Libération assez simple et complète de l'intestin. *Fixation* du cœcum après *cœcoplecture*.

Amélioration immédiate, mais les troubles gastriques persistent encore actuellement, quoique moins marqués. Il y a une augmentation sensible du poids, et les fonctions de l'intestin sont très sensiblement normales.

VI

M^{me} F..., 50 ans. Véritable infirme du ventre, ne pouvant aller à la selle que rarement avec purges et lavements. Teint jaunâtre. Aucune amélioration par les divers traitements médicaux appliqués.

Examen radiologique. — Brides sur le côlon. Rien n'a

passé par l'angle colique droit 20 heures après la prise de gélobarine. 4 heures plus tard : aucun progrès. Un troisième examen montre que la bouillie dessine un intestin moniliforme que ne corrige pas la pression manuelle.

Intervention. Le 24 juin 1922. — Libération par excision des voiles péricoliques et du grand épiploon. Les suites ont été bonnes. La malade se déclare améliorée, son aspect général est bon, mais elle se plaint de souffrir encore de façon discontinue; elle ne va régulièrement à la selle qu'avec de l'huile de paraffine chaque jour répétée.

VII

M^{me} B..., 52 ans, constipée chronique neurasthénique amaigrie.

Examen radioscopique. — Vingt heures après l'absorption; seule, la première partie du transverse est remplie, et encore bien imparfaitement. La bouillie est divisée en billes séparées que la main ne peut arriver à rejoindre. La progression ne s'effectue dans les examens suivants que très lentement, avec conservation des images sus-indiquées.

Intervention le 10 juillet 1921. — Même technique et résultat vraiment remarquable. La malade s'alimente normalement, a repris son travail et va à peu près régulièrement à la selle. Se déclare enchantée aux dernières nouvelles datant de 15 mois après l'intervention.

VIII

M^{me} N..., 60 ans. Cachexie et misère physiologique extrême de cette malade, avec douleurs abdominales telles qu'elle déclare vouloir se suicider si on n'arrive pas à la soulager.

Examen radioscopique. — On pense devoir trouver les signes radioscopiques d'un néo, mais les examens répétés permettent de voir des brides très serrées sur le côlon ascendant. Au bout de 42 heures, la gélose n'a pas dépassé l'angle hépatique.

Intervention. 13 février 1922. — Rien de spécial à signaler en dehors de la technique habituelle. Transformation de l'état de la malade, qui a repris son travail, s'alimente et se déclare heureuse de vivre.

Revue six mois après l'opération, avec persistance du mieux.

IX

M^{me} B..., 63 ans. Constipée chronique en dénutrition. Intoxication avec douleurs abdominales empêchant le moindre travail.

Examen radioscopique. — Bride à l'angle colique droit et sur la première portion du transverse. Cœcum très gros, mobile, avec appendice douloureux.

Intervention. Le 15 juin 1922. — Cœcopicature, cœcoplexie et libération complète du côlon.

Résultat excellent, avec persistance et accentuation du mieux six mois après.

X

M L..., 40 ans. Très mauvais état général : constipation douloureuse extrême. On sent au palper une masse droite qui est prise pour une vésicule.

Examen radioscopique. — Brides sur le cœcum, à l'angle colique droit et sur la partie initiale du transverse.

Intervention. Le 15 juillet 1922. — La vésicule biliaire est libre et saine, mais brides très serrées et paquets d'épiploïte. Le tout est excisé et libéré. L'intestin reprend son calibre normal; fixation du cœcum après cœcopicature. Excellent résultat, qui se maintient aux dernières nouvelles de la malade. L'opération est trop peu éloignée pour que le résultat ait une valeur comparable à ceux datant de 12 à 15 mois.

XI

M^{me} B..., 23 ans. Souffre depuis des années du ventre. On a diagnostiqué appendicite chronique. Constipée opiniâtre.

Examen radioscopique. — Démontre la constipation par brides sur le côlon droit, avec un cœcum énorme, et sur la première portion du transverse.

Intervention. Le 9 août 1922. — Laparotomie latérale. Libération des brides, excision de la bride de Jackson. Epi-ploectomie par petits paquets après décollement colo-épi-ploïque.

Les selles sont aussitôt régulières, au point que l'huile doit être supprimée en raison des selles trop fréquentes, presque diarrhéiques. Mais l'intervention est trop rapprochée pour avoir une valeur définitive.

XII

M^{me} B..., 60 ans. Constipée depuis l'enfance. Douleurs constantes et violentes. Dénutrition et teint jaune paille, qui conduisent la malade à l'intervention.

Examen radiologique. — Au bout de 20 heures, la gélose est arrêtée par le côlon ascendant, au-dessous de l'angle hépatique, et ne progresse qu'avec une extrême lenteur.

L'origine du transverse finit par s'emplir, mais il y a des brides irréductibles.

Intervention. Le 13 mai 1922. — La libération est laborieuse, et on doit exciser la plus grande partie de l'épiploon enflammé, induré et adhérent.

Les suites furent particulièrement heureuses, et la malade si constipée auparavant fut surprise d'avoir plusieurs selles par jour. L'état se maintient excellent avec augmentation de poids.

XIII

M^{me} L..., 24 ans. Crises douloureuses abdominales avec

constipation opiniâtre. Il y a rétroversion utérine adhérente et douloureuse avec signes d'appendicite chronique.

Radioscopie. — Montre des brides sur le côlon droit avec cœcum mobile.

Intervention. Le 23 janvier 1922. — Libération, cœcofixation qui amène une transformation de l'état général avec disparition des douleurs et de la constipation.

XIV

M^{me} A..., 48 ans. Malade souffrant de crises douloureuses dans la région appendiculaire.

Radioscopie. — Révèle une péricolite ascendante et transverse.

Intervention. Le 10 février 1922. — Libération et excision de l'épiploon. Bon résultat avec disparition du syndrome douloureux. L'élément constipation n'a pas disparu de même aussi complètement; l'huile est nécessaire, mais l'état général est excellent six mois après l'intervention.

XV

M^{me} M..., 72 ans. Nous avons eu l'occasion d'opérer en crise d'occlusion aiguë cette malade constipée toute sa vie et qui finit par présenter l'obstruction complète de son côlon avec les signes de l'occlusion la plus confirmée.

Femme très volumineuse, avec paroi très adipeuse, permettant de sentir dans la région périombilicale une masse dure et douloureuse que nous prenions pour une hernie para-ombilicale étranglée.

Laparotomie d'urgence. Le 7 septembre 1922. — Nous trouvons un cœcocolon ascendant énorme, plein de matières durcies, véritable fécalôme, avec péricolite de l'angle hépatique bridant totalement le calibre intestinal. Résection des brides péricoliques et épiploïques, avec anus sur le grêle, à sa terminaison.

Voilà donc un cas d'occlusion véritable dû à une simple péricolite. La malade se trouve actuellement en bon état, et ses évacuations s'accomplissent à peu près normalement.

Nous pourrions ajouter à cette liste de malades opérés systématiquement après diagnostic radioscopique de péricolite, un certain nombre d'opérés pour appendicite chronique chez lesquels M. Rudelle a systématiquement exploré les régions voisines. Bien souvent, on trouve des brides de Jackson et des brides de péricolite qui doivent être excisées. L'auteur de ces observations en est venu à n'enlever des appendices qu'en accompagnant cette intervention d'examen systématique de l'iléo, du cœcum et du côlon.

Il est très rare de ne pas trouver d'autres lésions qu'un appendice à enlever, tant sont fréquentes les affections qui nous occupent.

M. le Docteur Lacouture, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, nous a dit avoir opéré de très nombreux cas d'appendicite au cours desquels il découvrait et excisait des membranes de Jackson et obtenait des résultats excellents.

Mais nous ne croyons pas nécessaire de multiplier ces observations, moins démonstratives que les précédentes, dans lesquelles l'intervention était décidée dans le but précis, après diagnostic certain, de guérir une stase intestinale chronique.

CONCLUSIONS

La constipation chronique est une affection très répandue que le médecin doit savoir dépister d'après les symptômes que nous avons étudiés déjà.

Nous rappellerons la phrase typique de Victor Pauchet :

« Pour faire le diagnostic de stase intestinale chronique, il suffit d'y penser; l'examen radiologique tranche la question. »

En effet, chaque fois que le praticien se trouvera en présence d'un malade présentant des phénomènes généraux d'auto-intoxication ou de dénutrition : céphalées, anémie, asthénie, troubles glandulaires, etc., troubles urinaires, pyelonéphrites, ou des phénomènes dyspeptiques, hypo ou hypersthéniques, des symptômes douloureux abdominaux, principalement de la fosse iliaque droite, il devra penser à la constipation chronique comme origine de ces désordres organiques.

Les deux grands symptômes, douleur et constipation, devront guider son diagnostic.

Si la constipation est opiniâtre, rebelle à tout traitement, le médecin en déduira qu'il doit exister un obstacle mécanique, dont la douleur lui indiquera approximativement le siège. Quelle est la nature de cet obstacle ? Néo-

plasme ? Rétrécissement par membrane péricolique ?
Coudure à angle aigu ?

Seul l'examen radioscopique pourra le montrer.

Avec le développement actuel de la radiologie, tout médecin trouve à sa portée un cabinet radiographique où il peut examiner ou faire examiner par un spécialiste ses malades.

Il faut donc faire systématiquement l'examen radioscopique de ces malades : c'est le seul moyen de poser un diagnostic précis et d'opérer en sachant exactement ce que l'on doit faire.

Le diagnostic posé, quel traitement adopter ?

Le traitement médical, dans les cas qui nous intéressent, échoue, mais on ne doit pas, néanmoins, le laisser de côté. Il permet, en général, de mettre l'intestin dans de meilleures conditions opératoires.

Il faut recourir au traitement chirurgical, qui devra être conservateur chaque fois que la colectomie n'est pas formellement indiquée par des lésions irrémédiables et grossières des tuniques intestinales.

Simple libération des brides et adhérences, dans les cas de péricolite, libération avec cœcoplicature, cœcopexie et colopexie avec fils non résorbables, dans les cas de cœcum mobile et très dilaté : telle devra être la règle sévère. Colectomies et dérivations ne seront que l'exception très rare.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 Novembre 1922.

Pr le Recteur de l'Académie,

LE DOYEN DÉLÉGUÉ,

D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — Dispositions vicieuses du côlon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit. De leur mécanisme, de leurs conséquences probables, de leur traitement rationnel. *Revue de Chir.*, 1904, 2^e sem.
- ANTOINE (Ed.). — Contribution à l'étude des syndrômes douloureux cœcocoliques droits. Accolements du cœcocolon droit en canons de fusil. *Gaz. des Hôpit.*, n° 47, 14 juin 1921.
- BAINBRIDGE. — Operative findings in 12 cases of C. I. S. *Am. J. Obst.*, N. Y. 1915.
- BARADUC ET AINÉ. — Traitement hydro-minéral de la constipation. *Journ. Méd. Franç.*, juin 1912.
- BÉGOUIN. — Obstruction intestinale aiguë par calcul biliaire. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1918.
- BENSAUDE ET GUÉNAUX. — Radio-diagnostic des sténoses du gros intestin. *Paris Méd.*, 1917.
- BEVAN. — The surgery of the large intestine. *Cr. Am. Surg. Ass. Philadelphia*, 1917.
- BODKIN. — Constipation. *Long Island M. J. Brokline*, 1917.
- BOUGHTON. — Intestinal stasis. *Intern. I. Surg.*, N. Y., 1916.
- BURROW (W. F. ET E. C.). — Intestinal Toxemia. *Med. Rec.*, N. Y. 1920.

- COHN (Joseph). — L'angle colique gauche. *Thèse Paris*, 1920-21.
- CONSTANTIN. — Etude radiologique de la constipation habituelle. *Thèse Paris*, 1919.
- COUVELAIRE (A.). — Des pyélonéphrites dites gravidiques. *J. Méd. Franç.*, mai 1922.
- DAIGNAULT. — *Gastropstosis and ptosis of the transverse colon*. Minnéapolis, 1918.
- DELHERM ET LAQUERRIÈRE. — Traitements électriques de la constipation habituelle chronique. *J. Méd. Franç.*, juin 1922.
- DELORT (M.). — Drainage des infections de l'intestin grêle et du gros intestin. *J. Méd. Franç.*, juin 1922.
- DUVAL (P.) ET GRÉGOIRE (R.). — Colopexie en équerre. *Presse Médic.*, 1921.
- DUVAL (P.) ET ROUX (J.-Ch.). — La stase stercorale cœco-ascendante et son traitement chirurgical. *Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, 1921.
- EISEN PRATH ET SCHNOOR. — *The significance of the Jackson's veil*. Minneapolis, 1914.
- FOREMAN. — Chronic constipation types, etiologie. Treatment. *Indiana Med. Ass. Fort Wayne*, 1918.
- FORGUES. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque. *Presse Méd.*, 1920.
- GANT. — Surgical constipation and diarrhea. *Virginia Med. Richmond*, 1917.
- GATELIER (J.). — Les indications chirurgicales dans le traitement de la constipation. *Journ. Méd. Français*, juin 1922.
- GAUDIN (Pierre). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire, Paris, 1914.
- GLÉNARD (Roger). — *L'Hépatisme*, 1922.
- GOFFE. — Visceroptosis, a new operation for its relief. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1918.

- GRALL (D. J. M.) — Contribution à l'étude de l'iléosigmoïdostomie au bouton de Jabouley, *Thèse*, Bordeaux, 1920-21.
- GUILLAUME (A. C.). — Notes cliniques sur l'occlusion intestinale et son traitement. *Journ. Méd. Franç.*, 1922.
- GUYOT. — Mégacôlon congénital. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1919.
- HADGÈS (Alfred). — De la stase intestinale chronique. *Presse Médic.*, 1920.
- HEITZ-BOYER. — Le syndrome entéro-rénal. *Journ. Médic. Français*, 1922.
- HERTZ (Arth.). — *Constipation et les troubles intestinaux qui s'y rattachent*, Masson, 1912.
- HOFMEISTER. — Uber tybhyphlectasie (Chronische Perityphlitis-cœcum mobile Beitz z. Klin. Chirug. 1911, LXXI.
- HOLT. — Hypertrophie stenosis in infants. *Brit. J. Child. Des. London*, 1917.
- ISAACS. — Membranous pericolitis. *N. Y. Med. Journ.*, 26 octobre 1912.
- JACKSON. — Membranous pericolitis. *Surgery Gynec. Obstetrics*, febr. 1919.
- JEAN. — Périoduodénite et ses rapports avec la maladie d'Arbuthnot Lane. *Arch. de Méd. et Pharm.*, nov. 1919.
- JORDAN. La radiologie dans la S. I. C. *Lancet*, 1920.
- KEEFE (J. W.). — Of the descending and pelvic colon. *Am. J. Obst. N. Y.*, 1917.
- The advantage of conservation surgery in operations for diverticulitis of descending and pelvic colon. *Boston M. d. S. I.*, 1917.
- LANE (Sir W. Arbuthnot). — Chronic intestinal stasis. *Lancet*, London, 1918.
- Reflections on the evolution of disease (Chronic intest. stasis). *Lancet*, 1919.
- The causation and pathology of diverticulitis. *Lancet*, 1920.
- The operative treatment of chronic constipation. Nisbet, edit., Lond., 1909.

- LEFEBVRE (Charles). — La chirurgie de la constipation (S. I. C.). *Thèse*, Toulouse, 1919.
- LEVEUF. — La péricolite membraneuse. *Thèse*, Paris, 1914.
- LYON (Gaston). — Symptômatologie de la S. I. C.
- MARCEAU. — Contribution à l'étude de l'omento-volvulus. Montpellier, 1920.
- MAZET (Francisque). — Les lésions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical.
- MOUTIER (François). — Physio-pathologie de la défécation. *Journ. Méd. Franç.*, 1922.
- O'DAY. — The inter-relation of stasis, ptosis and inertia of the intestinal tract. *Am. Surg.*, Philadelphia, 1918.
- OKINCZYK. — Chirurgie du gros intestin. *Presse Médicale*, Paris, 1919.
- PAUCHET (Victor), d'Amiens. — *Rev. de Chir.*, 1914-1915.
- L'ulcère chronique de l'estomac. *Presse Médicale*, Paris, 1917.
- Traitement de l'occlusion intestinale. *Presse Médicale*, Paris, 1917.
- Gastropse, traitement. *Presse médicale*, Paris, 1917.
- La stercoremie chronique. Maladie de Lane. Quelques conséquences. Traitement. *Bulletin Médic.*, Paris, 1919.
- Chirurgie gastrique. *Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*, 1919.
- Cancer iléo-cœcal. *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919.
- Stase intest. chron.; maladie de Lane; son traitement chirur. *Journ. de Méd. de Paris*, 1919.
- Traitement de la S. I. C. Colectomie totale. *Paris Médic.*, 1920.
- Sur la S. I. C. Maladie de Lane. *Lyon chirurgical*, 1919.
- Pathogénie de la S. I. C. Maladie de Lane. *Presse Médicale*, 1919.

- RICHENS (L. Belle). — Chronic constipation successfully treated. *Am. J. Electrotherapie and Radio*, N. Y., 1919.
- SCHULMANN (E.). — Les collerations fonctionnelles du rein et de l'intestin. *Journ. Méd. Franç.*, 1922.
- SMITH. — Chronic intestinal stasis. *Canada M. Ass. J.*, Toronto, 1920.
- SORREL. — La stase intestinale chronique. Paris, 1914.
- TAUTON. — Chronic intestinal stasis in children. *Brit. M. J.*, London, 1919.
- THIERRY DE MARTEL ET EDOUARD ANTOINE. — Les fausse appendicites. Paris, 1922.
- WATSON. — Chronic intestinal stasis, clinically and surgically. *Nebraska M. J. Norfolk. Med.*, 1917.
- WEIDMANN (F. D.). — Congenital stenosis of ascending colon, the result of chronic adhesions. *Proc. Path. Soc. Philadelphia*, 1918.
- WELBURN (O. C.). — Surgical treatment of gastro-coloptosis. *Calif. Elect. M. J. Los Angeles*, 1918.
- WILMS. — *Deutsche Med. Woch.*, octobre 1918.
- YEOMANS. — Conservative Surgery of C. I. S. *Med. Rec. N. Y.*, 1917.
- ZERI (P.). — Cæcum mobile secondairement fixé en position vicieuse cause d'occlusion intestinale.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	9
Historique	13
Symptomatologie.	16
Etude radiologique	33
Anatomie Pathologique et Pathogénie . . .	36
Diagnostic.	46
Traitement médical	54
Traitement chirurgical	57
Observations.	62
Conclusions.. .. .	71
Bibliographie	73



